

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de psychiatrie

Clinique de Bel-Air

FACULTE DE MEDECINE

Professeur Julian de AJURIAGUERRA

Modification de la population de la clinique psychiatrique de Bel-Air

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MOBILITE
ET DES PROBLEMES POSES PAR LA CHRONICITE

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Michel de MEURON

de

SAINT-SULPICE (Neuchâtel)

Thèse N° 3393

GENEVE

Editions Médecine et Hygiène

1974

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE MEDECINE

Département de psychiatrie

Clinique de Bel-Air

Professeur Julian de AJURIAGUERRA

Modification de la population de la clinique psychiatrique de Bel-Air

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MOBILITE
ET DES PROBLEMES POSES PAR LA CHRONICITE**

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Michel de MEURON

de

SAINT-SULPICE (Neuchâtel)

Thèse N° 3393

GENEVE

Editions Médecine et Hygiène

1974

La Faculté de médecine, sur le préavis des professeurs Julian de Ajuriaguerra et René Tissot, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 29 mars 1974

Le doyen :
William Geisendorf

Thèse No 3393



TABLE DE MATIERE

	<u>Page</u>
1. Introduction	5
2. Résultats	11
3. Résumé et discussion	60
4. Additif	74
5. Code diagnostic	88
6. Bibliographie	89



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Note préliminaire

Avant d'en aborder la lecture, il est nécessaire de situer cette étude dans le temps. S'inscrivant dans un ensemble de recherches collectives sur l'évolution de la population psychiatrique du canton de Genève et sur des problèmes d'assistance psychiatrique, elle a été entreprise de 1967 à 1969 et a fait l'objet d'une publication préalable et partielle en 1967 avant d'être considérablement développée. Inévitablement vieillie par de nombreux aspects, elle conserve actuellement l'intérêt d'avoir été conçue à une époque où il n'existait encore que fort peu de travaux consacrés à ces questions. De plus elle a été l'occasion de mettre au point une méthodologie toujours en application à la clinique de Bel-Air.

INTRODUCTION

On s'accorde en général pour reconnaître un caractère spectaculaire et révolutionnaire aux transformations survenues dans les hôpitaux psychiatriques au cours de ces dernières années.

Procédant de la confiance mise dans une politique de libéralisation et de mobilisation, les nouveaux moyens thérapeutiques relationnels ont introduit cette révolution, puis complétés et renforcés par les progrès considérables de la pharmacologie, ont permis qu'elle prenne un caractère durable.

Les éléments dominants en ont été

- 1) une diminution constante de la population des malades simultanément en soins à l'hôpital psychiatrique, mais relative par rapport à l'accroissement démographique et à l'augmentation des admissions
- 2) dans le même temps, une extension rapide des services extrahospitaliers destinés aux traitements ambulatoires
- 3) une révision complète des concepts légaux, sociaux et psychiatriques.

La psychiatrie traditionnelle s'est ainsi progressivement modifiée dans le sens d'une psychiatrie centrée sur la communauté et visant à un changement de la vie hospitalière par une humanisation et une démocratisation des régimes institutionnels. Les espoirs engendrés par ce mouvement ont parfois dépassé les réalisations obtenues et les développements envisagés ne pouvaient pas manquer de donner lieu à de nombreuses controverses dont se sont dégagées deux tendances essentielles (bien résumées par Brill).

Ainsi les partisans de l'une estiment que les hôpitaux psychiatriques actuels pourront être remplacés par des services préventifs, des dispensaires pour traitement ambulatoire, des établissements hospitaliers à temps partiel, des établissements non psychiatriques pouvant admettre des cas psychiatriques chroniques avec en même temps la création pour les malades aigus de petites unités de soins intensifs éventuellement rattachés à des hôpitaux généraux, ce qui aurait pour effet une baisse considérable du besoin en lits pour malades psychiatriques.

En revanche, les tenants de l'autre tendance se demandent s'il est vraiment souhaitable que ces projets se réalisent, ce pour autant qu'ils soient réalisables, et brandissent le spectre d'une nouvelle ségrégation qui se ferait alors entre malades aigus et chroniques, surtout aux dépens de ces derniers qui risqueraient de se retrouver dans des établissements servant de "dépotoirs" où les soins dispensés seraient encore plus insuffisants que par le passé, mais aussi au détriment de patients dont l'état serait à considérer comme limite et qui, se retrouvant au sein de la collectivité, pourraient en souffrir autant que cette dernière.

Nous n'avons pas eu la prétention dans le présent travail de donner une vue et interprétation d'ensemble des profondes modifications intervenues dans la structure de la population des hôpitaux psychiatriques ni même d'un hôpital psychiatrique.

Tous les experts, en particulier ceux de l'OMS, ont montré les difficultés rencontrées dans l'application des méthodes épidémiologiques classiques à la recherche psychiatrique. Tant de variables connues ou inconnues seraient à maîtriser et déterminent une situation si complexe qu'une analyse qui s'en voudrait complète paraît pour le moins hasardeuse.

Notre objectif beaucoup plus modeste s'est limité à une étude de certains aspects des changements survenus au sein d'un hôpital psychiatrique dans lequel nous avons travaillé plusieurs années et dont l'équipe responsable après un changement de direction en 1959 a résolument opté pour une politique de libéralisation qui, basée sur le principe d'une direction unique, a pu s'exercer de manière complémentaire tant dans le secteur hospitalier qu'extrahospitalier.

Malgré les causes d'erreurs, malgré les critiques fondées des épidémiologues et des statisticiens, il a semblé que sur un plan pratique il n'était guère possible d'attendre le moment où l'on disposerait d'une méthode réellement scientifique et qu'il était devenu nécessaire de mieux comprendre les mutations déjà opérées et continuant de se produire, de mieux définir ainsi la nature du présent pour essayer de faire quelques prévisions quant à l'avenir.

En dépit d'une approche nécessairement approximative des problèmes, il a paru tout de même possible de tenter d'apprécier de manière relativement objective l'efficacité de notre psychiatrie.

Sous la direction de notre maître, le Prof. de A. et du Prof. T. qui nous ont proposé ce travail et l'ont rendu possible en nous faisant bénéficier de leur savoir, nous avons entrepris dans le cadre de recherches collectives sur l'évolution de la population psychiatrique et sur les problèmes d'assistance psychiatrique dans les secteurs hospitaliers et extrahospitaliers du canton et de la ville de Genève, de faire apparaître quelques aspects du retentissement de ce mouvement sur la catégorie des malades psychiatriques qui doivent être hospitalisés en milieu spécialisé. Nous nous sommes plus particulièrement occupés des problèmes posés par les durées de séjour et le passage à la chronicité, mais nous avons bien sûr tenu compte des travaux menés parallèlement au nôtre sur le problème des admissions et celui des réhospitalisations. Ces trois données d'appréciation du rendement que sont les durées de séjour, les réadmissions et le passage à la chronicité, se trouvent en interdépendance serrée et ne peuvent être mises en évidence que par des approches successives et croisées.

L'intérêt de notre travail résidait aussi dans le fait que relativement peu d'études ont été consacrées à ce type de problème. Nous signalerons à ce propos l'intéressante contribution de H. Brill dont un article sur l'évolution de la population des Hôpitaux psychiatriques américains, paru dans la revue *Confrontation psychiatrique*, comporte l'essentiel de la bibliographie pour les Etats Unis.

Nous ont été également précieux l'apport des études de Christe (cf bibliographie: 8) et de Le Guillant, Bonnafe et Mignot (cf bibliographie : 9).

Mais d'emblée nous devons remarquer que les expériences hospitalières relatées dans ces divers travaux se déroulent chaque fois dans des conditions très particulières nécessitant autant d'approches spécifiques et cela s'avère également valable pour notre travail.

Nous avons estimé cependant que nous nous trouvions à Genève dans une situation relativement privilégiée pour recueillir les données des problèmes. La clinique psychiatrique universitaire de Bel-Air nous a paru représenter un ensemble cohérent réalisant pratiquement le modèle d'un hôpital où sont hospitalisés dans leur très grande majorité et presque exclusivement les malades psychiatriques d'une population urbaine d'environ 300.000 habitants. Il n'y a pour ainsi dire pas d'autres lits psychiatriques dans le canton et les malades se faisant soigner hors de Genève sont certainement en nombre très limité. Il faut cependant savoir que le nombre de places réservées à Bel-Air pour les arriérés jeunes est restreint à une vingtaine de lits depuis le début du siècle. D'autre part les épileptiques graves sont déplacés dans leur majorité dans des institutions spécialisées.

Depuis quelques années des déments âgés et des malades chroniques (45 en 1966) sont placés dans de petites pensions sous surveillance médicale, ce qui pouvait d'emblée améliorer notre statistique et pose le problème d'un compte honnête des lits psychiatriques.

Enfin les malades alcooliques dont le départ entre cas psychiatriques et digestifs est souvent très relatif, sont largement représentés dans les différents services de l'Hôpital général, en particulier de médecine interne et, il y a encore quelques années, de neurologie.

Comme sources d'information nous avons consulté

- 1^o) les registres de la clinique où se trouvent consignés depuis 1900 les dates d'entrée et de sortie ainsi que le diagnostic de tous les malades ayant séjourné à Bel-Air
- 2^o) les rapports annuels de l'activité de la clinique
- 3^o) les "sources d'information médico-sociales" établies chaque année depuis 1964 par le bureau cantonal genevois de statistiques sur la base de fiches statistiques accompagnant le dossier de tous les malades ayant été ou étant toujours en soins à partir de 1964 inclus.
- 4^o) les dossiers et observations divers établis pour les malades dont le diagnostic consigné dans les registres aurait pu prêter à équivoque, et pour ceux dont nous avons cherché à savoir plus précisément qui ils étaient lorsque nous les avons retrouvés dans le sédiment.

Dans le présent travail, après un rapport des données fournies par l'analyse de la tendance évolutive des principales catégories diagnostiques dans le mouvement des admissions et des réadmissions, nous avons établi la durée moyenne des séjours de tous les malades admis à l'hôpital psychiatrique au cours de deux années témoins, puis déterminé le nombre théorique de lits nécessaires au mouvement des diverses classes de durée de séjours afin de connaître le degré d'occupation des lits disponibles par les malades hospitalisés pendant les deux années de référence.

Nous avons ensuite abordé le problème du sédiment hospitalier défini de manière très générale comme l'ensemble des malades bloquant des lits avant et pendant une année témoin. En analysant le sédiment plus particulièrement dans son

aspect nosologique et dans son évolution d'une année témoin à l'autre, nous avons essayé de rendre sensibles certaines relations pouvant exister entre les durées de séjours et le passage à la chronicité compte tenu de l'incidence des premières admissions et des réadmissions.

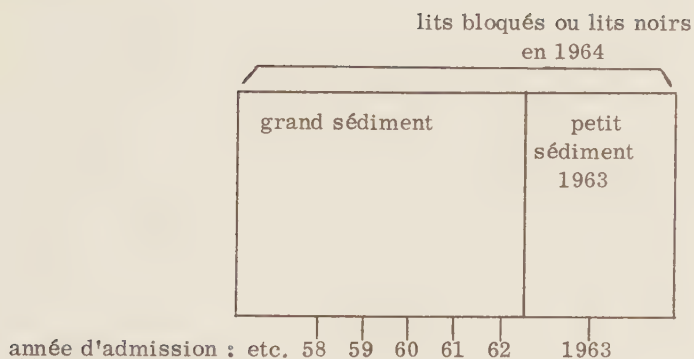
Pour une étude de la mobilité nous avons choisi comme années de référence 1937 et 1964, soit une année précédant l'ère thérapeutique moderne et l'autre s'y trouvant comprise.

Pour l'analyse comparée du sédiment nous avons conservé ces mêmes années 1937 et 1964 avec en plus l'année 1966 pour l'étude du "grand sédiment" défini comme l'ensemble des malades toujours hospitalisés au 31 décembre de l'année témoin après un séjour ininterrompu de deux ans au moins.

Pour l'étude du "petit sédiment" défini comme l'ensemble des malades admis au cours d'une année témoin et toujours présents au 31 décembre de l'année suivante, nous avons choisi, en plus des années 1937 et 1964, les années 1947 et 1955, situées respectivement avant et après la mutation thérapeutique résultant de l'introduction des neuroleptiques, puis pour mieux comprendre le mode de résorption des petits sédiments aboutissant à la constitution d'un grand sédiment, nous avons introduit les années 1956 à 1963.

Un tableau fera mieux saisir le sens que nous donnons dans ce travail aux concepts de grand et petit sédiments qui représentent de manière commode des regroupements de malades en fonction de la durée prolongée de leur hospitalisation arrêtée cependant à des dates dont le choix ne pouvait être qu'arbitraire. A remarquer en particulier que dans la définition du petit sédiment les malades considérés ne sont pas soumis à une période d'observation égale. Donc certains d'entre eux peuvent avoir séjourné 1 an + 1 jour ou 2 ans - 1 jour. (tableau 1)

Tableau 1



DEFINITIONS

On appelle :

- GRAND SEDIMENT tous les malades présents au 31.12 de l'année témoin qui sont hospitalisés depuis plus de 2 ans.

Exemple : le grand sédiment 1964 est constitué par tous les malades encore hospitalisés qui ont été admis en 1962 ou antérieurement.

- PETIT SEDIMENT : tous les malades qui restent hospitalisés au 31.12 de l'année qui suit celle de leur admission. Ils ont été hospitalisés une année au moins.

Exemple : le petit sédiment 1963 est constitué par tous les malades présents au 31.12.1964 qui avaient été admis en 1963.

- LITS BLOQUES (ou LITS NOIRS) sont constitués par le grand sédiment de l'année témoin auquel on ajoute le petit sédiment de l'année antérieure.

Exemple : les lits "noirs" de 1964 sont constitués par le grand sédiment 1964 + le petit sédiment 1963.

L'étude comparée des premières admissions et celle des réadmissions qui font l'objet de travaux parallèles et complémentaires au nôtre se sont référées aux années 1947 et 1964. Lorsque nous avons utilisé le terme "d'entrées" nous entendions un nombre de séjours, ce qui comprend les premières admissions et les réadmissions, inclus les séjours multiples pour un même patient dans une même année pour autant qu'ils soient séparés par un intervalle de 30 jours au minimum (les malades revenant à Bel-Air moins de 30 jours après leur sortie ne sont pas considérés sur le plan administratif comme effectuant un nouveau séjour). Ont été considérés comme admissions simples les malades qui auraient déménagé entre deux séjours et dont une seule hospitalisation psychiatrique se serait passée à Bel-Air, précédée ou suivie d'une hospitalisation dans un autre lieu.

La nomenclature diagnostique utilisée se réfère à la classification proposée par R. Sadoun, parfois simplifiée ou un peu modifiée selon que les regroupements de patients ont concerné les premières admissions, les réadmissions et le sédimement. Nous nous en expliquerons en cours de ce travail, mais nous signalerons déjà les difficultés rencontrées du fait que souvent les diagnostics changent alors que les malades restent les mêmes, leur pathologie se modifiant ou/et étant envisagée selon des conceptions nosographiques différentes. De plus lorsqu'on essaye de faire un décompte précis des patients par catégories diagnostiques, se pose assez fréquemment le problème de la coexistence de plusieurs affections neuro-psychiatriques chez un même malade, obligeant alors au choix d'un diagnostic prévalent. Pour ces raisons nous avons dû choisir des catégories diagnostiques relativement grossières, mais cela n'a pas empêché selon les années de référence choisies de compter parfois un même malade dans des groupes pathologiques différents.

Nous devons ainsi rester constamment attentifs au risque de présenter trompeusement certaines données sous une forme objective et quantitative. Les données chiffrées dont nous faisons état n'ont été établies que pour la seule clinique de Bel-Air (et il est bien certain que si l'on s'avisait de comparer la situation d'un hôpital à un autre les possibilités d'erreurs se multiplieraient). Les variantes paramétriques qui interviennent sont trop amples pour que nous puissions attribuer à nos chiffres une valeur autre que celle d'indication approximative, traduisant des ordres de grandeur souvent significatifs et permettant des confrontations intéressantes, mais pas des conclusions statistiques vraies.

R E S U L T A T S

Admissions et réadmissions (données préalables)

L'étude des statistiques cantonales et la comparaison des données établies pour les années 1947 et 1964 à partir des rapports annuels ¹⁾ et des registres d'admissions et sorties ²⁾ de la clinique de Bel-Air, font apparaître de manière générale une augmentation très importante des entrées avec accroissement de 139 % des premières admissions annuelles, alors que parallèlement la population desservie n'augmente que de 47 % et le nombre de lits psychiatriques disponibles d'environ 50 %. Le taux des entrées passe de 1,8 à 3,17 pour 1000 habitants, alors que le rapport des lits disponibles demeure stationnaire à 2,2 - 2,3 pour 1000 habitants.

De manière inattendue il s'avère que l'augmentation des admissions n'est due qu'en faible partie à une augmentation des réadmissions qui en 1947 constituent le 30 % des entrées et seulement le 35 % en 1964, cela par multiplication des séjours répétés, car la proportion des malades à séjour unique reste remarquablement stable.

Avant de les introduire dans une étude comparée du sédiment, nous résumerons les principales données établies dans les travaux des Drs Quinodoz et Burgermeister, qui concernent la tendance évolutive des principaux groupes pathologiques dans le mouvement des entrées, comprenant respectivement les premières admissions et les réadmissions.

Premières admissions

Pour les premières admissions, il est apparu que trois groupes diagnostiques ont progressivement gonflé le nombre des entrées dans une proportion à la fois supérieure à l'augmentation générale des premières entrées (139 %) et à celle de la population (47 %). Ce sont les syndromes démentiels de la sénilité, les troubles d'origine névrotique et les bouffées délirantes.

Les premières entrées de démences du grand âge, déjà fortement représentées en 1947, ont pratiquement triplé chez les hommes et doublé chez les femmes en 1964.

Plus spectaculaires encore sont les hospitalisations pour décompensations névrotiques, pour ainsi dire non représentées à la clinique il y a 25 ans, mais sans que cela signifie nécessairement que ces affections aient augmenté au sein de la population.

Il semblerait surtout qu'une demande latente de consommation médicale se soit transformée en consommation effective lorsque l'offre des soins est devenue suffisamment dense et d'un coût abordable.

Dans l'accroissement important des bouffées délirantes il faut tenir compte, mais sans que cela soit une raison suffisante, de la plus grande tendance en 1947 qu'en 1964 à classer un certain nombre de ces cas parmi les schizophrènes.

¹⁾ pour les modifications de l'équipement en lits

²⁾ pour le compte exact des malades par catégories diagnostiques

D'autres groupes diagnostiques sont apparus en progression relativement parallèle à l'augmentation du nombre total des premières entrées, mais nettement supérieure à l'accroissement de la population. Ce sont les psychoses manico-dépressives, les syndromes d'arriération, les alcooliques et les psychopathes.

Les groupes des schizophrènes, des complications neuro-psychiatriques de l'alcoolisme et des troubles mentaux symptomatiques d'une affection organique ont montré un accroissement plus faible des premières entrées se rapprochant du taux d'augmentation de la population genevoise.

L'incidence des délires chroniques en baisse dans les premières admissions paraît procéder surtout des meilleures possibilités de prise en charge ambulatoire.

A retenir la diminution sinon la quasi disparition des troubles mentaux dus à la syphilis, cela pour des raisons thérapeutiques évidentes.

Enfin, pour les autres catégories diagnostiques regroupant un trop petit nombre de malades, les modifications ne sont pas apparues significatives (pour les données chiffrées, cf article du Dr Quinodoz).

Réadmissions

D'importantes variations tant quantitatives que qualitatives portant sur les premières admissions interviennent donc, dans l'afflux croissant des entrées, mais à ce processus général participent également les réadmissions. Celles-ci constituent un phénomène fort complexe qui n'a encore été étudié que partiellement pour la clinique de Bel-Air.

A titre indicatif nous rappelons que le taux des réadmissions étant fonction du taux des sorties, lui-même déterminé par le taux des entrées, entrent en jeu de multiples facteurs dont ceux influençant le pourcentage d'admissions, à savoir l'équipement hospitalier de la région considérée, l'existence d'institutions spécialisées excluant de l'hôpital psychiatrique certaines catégories de malades, les variations du seuil de tolérance de la population, l'augmentation de la consommation médicale très variable en psychiatrie.

Quant au taux des sorties, s'il est directement influencé par l'équipement hospitalier, la densité et la compétence du personnel, il varie de manière inverse à la taille de l'hôpital, mais en définitive dépend essentiellement de la politique adoptée par l'équipe responsable. Aussi des comparaisons entre des données établies pour les admissions et les réadmissions dans divers hôpitaux devraient nécessairement tenir compte de toutes ces variables dont nous n'avons d'ailleurs pas la prétention de donner la liste exhaustive.

Pour la clinique de Bel-Air, si l'augmentation des réadmissions est considérable de 1947 à 1964, nous avons déjà signalé que la proportion des réadmissions par rapport à l'ensemble des entrées reste à peu près constante pour la période examinée (soit le 30 % de toutes les admissions en 1947, le 35 % en 1964).

En 1947, 360 "entrées" étaient faites par 335 malades. Sur ces 360 "entrées", 252 étaient des premières entrées et 108 des réadmissions. Ces 108 réadmissions était le fait de 90 malades. Donc sur 335 malades, 90 ont fait des réadmis-

sions (83 avaient déjà fait des séjours à Bel-Air avant 1947 et certains peuvent en avoir fait une ou plusieurs en 1947; 7 font leur premier séjour et d'autres séjours à Bel-Air en 1947). Donc sur 108 réadmissions, 83 sont effectuées par des malades différents, il nous reste 25 "entrées" en 1947 effectuées par des malades dont on retrouverait le nom plusieurs fois consigné dans le registre des entrées de l'année 1947, soit les séjours multiples de l'année considérée.

En 1964, 933 entrées étaient faites par 871 malades. Sur ces 933 entrées il y a 601 premières entrées et 331 réadmissions qui sont le fait de 296 malades. Donc sur 871 malades, 296 font des réadmissions. 601 malades ayant fait leur premier séjour à Bel-Air en 1964, il en reste 270 qui ont déjà fait des séjours à Bel-Air avant 1964, quelques-uns d'entre eux pouvant faire plus qu'un séjour en 1964. Il nous reste ainsi 26 malades qui font leur premier séjour à Bel-Air et au moins un deuxième séjour pendant l'année 1964. Si sur 331 réadmissions, 270 sont effectuées par des malades différents, nous trouvons que 61 "entrées" correspondent aux séjours multiples de l'année 1964. Ainsi en décomptant les séjours multiples d'une même année, on trouve un chiffre d'une remarquable constance.

En 1947, les 360 "entrées" ont été faites par 335 malades, soit 93,05 %.

En 1964, les 933 "entrées" proviennent de 871 malades, soit 93,35 %.

Le 7 % environ du total des "entrées" d'une année correspond aux séjours multiples au cours de cette même année.

Le même rapport malades / entrées a été retrouvé après sondage sur des années intermédiaires.

Sur la base de données fournies par ces deux années, une première étude comparative a été faite sur la composition des groupes diagnostiques de réadmissions en % et en chiffres absolus.

Il en est ressorti qu'en 1947, les groupes pathologiques à réadmissions comprenaient dans un ordre d'importance décroissante en chiffres absolus, pour les hommes :

les schizophrènes (12), les maniaco-dépressifs (7), les alcooliques simples (5), les psychopathes (4), les arriérés (4) et les divers (5)

pour les femmes :

les schizophrènes (15), les délirantes chroniques (12), les maniaco-dépressives (12), les psychopathes (6), les dépressions névrotiques (1) et les divers (5)

En 1964, il est apparu que les catégories diagnostiques fournissant le plus de participants aux réadmissions étaient dans l'ordre décroissant

les maniaco-dépressives ♀ (36), les schizophrènes ♀ (26), les délirantes chroniques (26), les psychopathes ♂ (23), les démences ♀ (22), les alcooliques simples ♂ (15), les démences ♂ (14), les dépressions névrotiques (10 pour les ♂ et 14 pour les ♀), les arriérations (7 pour les ♂ et 7 pour les ♀), enfin les autres affections groupées en "divers" (28 pour les ♂ et 27 pour les ♀)

En considérant par rapport à l'ensemble des groupes à réadmissions, la place relative occupée par chaque groupe, nous avons la surprise de constater l'importance croissante prise de 1947 à 1964 par les démences ♂ et ♀ (- en 1947 pour les ♂ et pour les ♀, 11,12 % en 1964 pour les ♂, 12,95 % pour les ♀) les dépressions névrotiques (- en 1947 pour les ♂ et pour les ♀, en 1964 7,90 % pour les ♂ et 8,24 % pour les ♀) les psychopathes ♂ (10,25 % en 1947; 18,26 % en 1964) les arriérations ♀ (- en 1947; 4,12 % en 1964)

Toujours par rapport à l'ensemble des groupes à réadmissions (hommes et femmes), certaines affections ont vu diminuer leur taux de participation aux réadmissions.

Ainsi les schizophrènes (en 1947, 30,75 % pour les ♂ et 29,41 % pour les ♀ ; en 1964, 15,08 % pour les ♂ et 15,30 % pour les ♀)

les maniaco-dépressifs (en 1947, 17,95 % pour les ♂ et 23,52 % pour les ♀ ; en 1964 7,90 % pour les ♂ et 21,18 % pour les ♀)

les délires chroniques ♀ (en 1947, 23,52 %; en 1964, 15,30 %)

les psychopathes ♀ (en 1947, 11,76 %; en 1964, 7,06 %)

les arriérations ♂ (en 1947 -, en 1964 4,12 %)

les autres catégories diagnostiques fournissant un certain nombre de réadmissions mais de manière moins significative sont regroupées dans la catégorie des divers

avec en 1947	17,95 % pour les ♂ et 11,79 % pour les ♀
en 1964	22,28 % pour les ♂ et 15,85 % pour les ♀

Les chiffres précités nous permettent seulement de constater qu'un remaniement profond est survenu dans la composition de la population psychiatrique dite intermittente chronique au cours de ces dernières années avec des variations certes importantes, mais relatives les unes par rapport aux autres, dans les différents groupes diagnostiques.

L'évolution de chaque groupe pathologique dans sa participation aux réadmissions devrait être précisée et pourrait faire l'objet d'un prochain travail. Nous n'avons fait qu'approcher ce problème en comparant pour certains groupes diagnostiques la proportion des réadmissions par rapport à l'ensemble des admissions (premières admissions + réadmissions) respectivement sur la base des données fournies par les années 1947 et 1964.

D'emblée est apparue une difficulté procédant des regroupements différents de patients par catégories diagnostiques selon que les travaux antérieurs portaient sur l'étude des premières admissions ou des réadmissions.

Alors que le travail sur les premières admissions se référait à la nomenclature diagnostique de Sadoun pratiquement non modifiée, le travail sur les réadmissions faisait intervenir un triage particulier des malades pour certains groupes pathologiques, tels celui des "névroses" dont n'étaient retenus que les cas de dépressions névrotiques, les autres cas étant inclus dans la catégorie des divers de même pour les alcooliques dont les réadmissions ne concernaient que les cas d'alcoolisme simple (chiffre 531 de Sadoun).

Cependant pour la plupart des catégories diagnostiques envisagées, le compte des premières entrées et celui des réadmissions, fait à partir des registres d'admissions et sorties de la clinique coïncide pratiquement avec les chiffres globaux des "entrées" consignés dans les rapports annuels de Bel-Air. Compte tenu de la non détermination d'un coefficient d'erreur probablement non négligeable pour chaque catégorie diagnostique, il est apparu tout de même de manière significative que la proportion des réadmissions par rapport au nombre total des "entrées" pour un groupe pathologique donné était

pour les schizophrénies ♂	de 54,5 % en 1947	} ~
	de 54,2 % en 1964	
pour les schizophrénies ♀	de 42,8 % en 1947	} <
	de 50,9 % en 1964	
pour les délires chroniques ♀	de 42,8 % en 1947	} <
	de 60,4 % en 1964	
pour les psychoses maniaco-dépressives ♂	de 43,7 % en 1947	} >
	de 33,3 % en 1964	
pour les psychoses maniaco-dépressives ♀	de 44 % en 1947	} <
	de 55,3 % en 1964	
pour les démences ♂	de 5,5 % en 1947	} <
	de 20,8 % en 1964	
pour les démences ♀	de - en 1947	} <
	de 16,4 % en 1964	
pour les arriérations ♂	de 50 % en 1947	} ~
	de 50 % en 1964	
pour les arriérations ♀	de - en 1947	} <
	de 43,6 % en 1964	
pour les psychopathes ♂	de 25 % en 1947	} <
	de 51 % en 1964	
pour les psychopathes ♀	de 37,5 % en 1947	} <
	de 66,6 % en 1964	
pour les alcooliques simples (531 de Sadoun)	de 26,3 % en 1947	} <
	de 34,8 % en 1964	

A l'exception des psychoses maniaco-dépressives affectant les hommes et pour lesquelles est observée une diminution, des schizophrénies et arriérations pour les hommes où la variation est nulle, toutes les autres catégories diagnostiques considérées évoluent de 1947 à 1964 dans le sens d'une augmentation de la proportion des réadmissions par rapport aux "entrées".

Etant bien entendu que les catégories diagnostiques susmentionnées n'englobent pas le total des réadmissions pour les années 1947 et 1964, nous pensons que le fait d'une proportion pratiquement constante des réadmissions par rapport au total des entrées pendant la période examinée (soit 30 % en 1947 et 35 % en 1964) peut s'expliquer surtout par l'accroissement des premières entrées en chiffres absolus bien supérieurs à celui des réadmissions dans certains groupes pathologiques dont celui des démences en premier lieu et celui des "névroses" très vraisemblablement.

Sur la base des quelques données déjà établies et faisant apparaître les changements survenus dans la population intermittente chronique de l'hôpital psychiatrique au cours de ces dernières années, nous pouvons considérer que l'augmentation du taux de participation aux réadmissions dans le groupe des séniles témoigne non pas de traitements nouveaux, mais d'une attitude nouvelle moins résignée et plus dynamique que par le passé, tendant à une mobilisation de ces patients dont les séjours hospitaliers étaient autrefois désespérément chroniques, mais il n'en reste pas moins probable qu'à plus ou moins long terme cet effort de mobilisation se poursuivant pour des patients séniles davantage détériorés, s'accompagnera de réadmissions plus fréquentes à envisager alors comme des échecs relatifs.

L'augmentation des réadmissions de femmes arriérées peut être l'indice d'un effort de mobilisation avec essais répétés de placement en dehors de clinique. L'expérience montre que ces placements échouant certes parfois, mais souvent temporairement, sont plus faciles à réaliser pour les femmes que pour les hommes arriérés probablement moins bien tolérés par l'entourage.

Avec l'augmentation des premières entrées, celle des réadmissions dans le groupe des dépressions névrotiques n'a pas nécessairement une valeur négative et peut parler en faveur de la diminution des préjugés à l'égard de l'hôpital psychiatrique.

Pour le groupe des schizophrènes et délirants chroniques la proportion accrue des réadmissions par rapport aux entrées concerne les femmes et apparaît essentiellement comme le corollaire du raccourcissement des durées de séjours.

Pourtant si l'on tient compte que chez les hommes il n'y a pas d'accroissement des réadmissions par rapport au total des entrées (de schizophrènes), alors que les durées de séjours à l'hôpital ont diminué, et que chez les femmes l'augmentation des sorties est bien supérieure à celle des réadmissions, nous pouvons admettre la réalisation de progrès qui ont procédé en grande partie de l'amélioration des traitements et soins extrahospitaliers, mais dans une mesure moindre que ne l'aurait laissé supposer à première vue la place progressivement réduite de 1947 à 1964, occupée par les schizophrènes et délirants chroniques relativement à l'ensemble des affections à réadmissions.

Pour les psychoses maniaco-dépressives le phénomène de la diminution chez les hommes et de l'augmentation chez les femmes de la proportion des réadmissions par rapport aux "entrées" pendant la période examinée s'explique mal, mais dans l'ensemble marque néanmoins un progrès de par des durées de séjours moindres et qui raisonnablement peut être attribué aux nouveaux moyens thérapeutiques biologiques.

En revanche la situation s'est nettement péjorée dans le groupe des psychopathes dont l'augmentation des "entrées" comprend une importante part de réadmissions qui sont à la fois l'expression de la difficulté d'intégration de ces patients dans notre société actuelle et de notre incapacité à les prendre en charge de manière efficace.

De façon inquiétante ils accroissent la population psychiatrique intermittente chronique, y occupant une place relative toujours plus importante.

Enfin dans le groupe des alcooliques, mais seulement pour les alcooliques simples (531 de Sadoun) est observée une augmentation du taux de participation aux réadmissions.

Pour ces patients dont les entrées augmentent sans cesse, se pose surtout et de manière toujours plus aiguë le problème de leur non-participation à une politique de libéralisation et celui de la carence de nos possibilités de prise en charge et de traitements, tant hospitaliers qu'extrahospitaliers.

Etude de la mobilité

La question se posait bien évidemment de mieux comprendre comment la clinique de Bel-Air a pu faire face à ce considérable afflux d'entrées annuelles (309% de 1937 à 1964) alors que les lits pendant cette même période n'augmentaient que de 68 % (421 lits en 1937 pour 228 entrées et 708 lits en 1964 pour 933 entrées).

Une approche relativement précise de ce problème a pu se faire à travers une étude de la mobilité.

Nous avons commencé par calculer la durée moyenne des séjours de tous les malades admis à la clinique psychiatrique de Bel-Air en 1937 et en 1964. Les registres où sont consignés les dates d'entrée et de sortie de tous les patients admis à Bel-Air, nous ont permis de déterminer exactement la durée des séjours en nombre de jours que nous avons répartis par tranches de 10 jours.

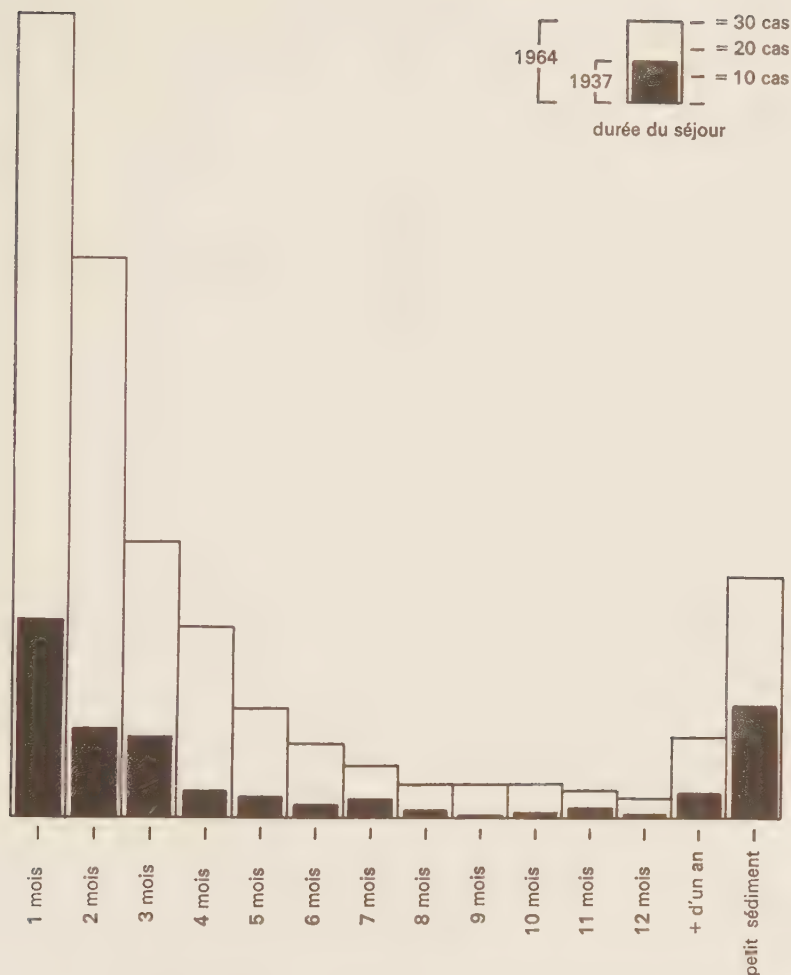
Ce premier calcul a permis de connaître le pourcentage du nombre de séjours en fonction de leur durée.

Tableau 2

Calcul du nombre de séjours en fonction de leur durée

	1937		1964	
	nombre d'hospitalisations en nombre absolu	en %	nombre d'hospitalisations en nombre absolu	en %
Durée de séjour (par tranches de 10 jours)				
de 1 à 10 jours	16	7,02 %	104	11,15 %
de 11 à 20	30	13,16 %	98	10,50 %
de 21 à 30	27	11,84 %	91	9,75 %
de 31 à 40	13	5,70 %	86	9,22 %
de 41 à 50	16	7,02 %	69	7,40 %
etc.	.	.	.	.
	.	.	.	.
	.	.	.	.
	.	.	.	.
au delà de 360 jours	9	3,95 %	30	3,22 %
Petit sédiment	41	17,98 %	89	9,54 %
Total des séjours pen- dans l'année	228	100.00	933	100.00

N. B. Le calcul du nombre de jours a été arrêté au 31.12. de l'année suivant l'année témoin. - Les malades qui étaient toujours hospitalisés à cette date ont constitué notre "petit sédiment".



A — Tableau comparatif du nombre de séjours - en fonction de leur durée - de tous les malades admis à la Clinique psychiatrique de Bel-Air en 1937 et 1964

<i>Nombre de cas</i>		<i>Durée de l'hospitalisation</i>	<i>Pourcentage des cas par rapport au nombre total des séjours</i>	
<i>1937</i>	<i>1964</i>		<i>1937</i>	<i>1964</i>
73	293	1 mois	32,02	31,40
33	204	2 mois	14,47	21,87
30	108	3 mois	13,5	11,58
10	70	4 mois	4,38	7,50
8	40	5 mois	3,51	4,27
5	27	6 mois	2,20	2,90
7	19	7 mois	3,07	2,04
3	12	8 mois	1,31	1,29
1	12	9 mois	0,44	1,29
2	12	10 mois	0,88	1,29
4	10	11 mois	1,76	1,06
2	7	12 mois	0,88	0,75
9	30	+ d'un an	3,95	3,22
41	89	petit sédiment	17,98	9,54
228	933		100%	100%

Nous avons alors constaté qu'en 1937, près de 70 %, en 1964 environ 80 % des "entrées" ont fait des séjours n'excédant pas six mois, qu'au bout d'un mois aussi bien en 1937 qu'en 1964 plus de 30 % des "entrées" avait quitté la clinique; qu'au bout de deux mois environ 46 % en 1937, plus de 50 % en 1964 avait déjà pu sortir, etc.

A partir de ces données nous avons établi le nombre théorique de lits nécessaires au mouvement des diverses classes de durée de séjours.

Tableau 3

Calcul du nombre théorique de lits nécessaires au mouvement des diverses classes de durée de séjour (établi sur la base du registre des entrées et sorties)

admis avant le 1.1.1937			
289 malades	séjours de 2 ans et plus = G.S. 1937	289 lits	} 78,07 %
40 malades	séjours de 1 an et plus = P.S. 1936	40	
		*329 lits bloqués	} 6,70 %
admis en 1937	*report: séjours jusqu'à 1 mois	329 6,08	
33	2 mois	5,50	
30	3 mois	7,50	
10	4 mois	3,33	
8	5 mois	3,33	
5	6 mois	2,50	
7	7 mois	4,08	
3	8 mois	2,00	
1	9 mois	0,75	} 3,36 %
2	10 mois	1,66	
4	11 mois	3,66	
2	12 mois	2,00	
9	" de plus d'un an avec sortie avant fin 38	9	} 11,86 %
41	malades toujours hospita- lisés à fin 38 = P.S. 1937	41	
228 admis- sions	total lits :	421,39 ~	99,99

Selon le rapport annuel de la clinique il y avait 419 lits réellement occupés au 31.12.1937. L'erreur réside probablement dans le compte des fiches statistiques fédérales. (Au 31.12.1936 il y aurait eu 400 malades. En 1937, 247 entrées et 228 sorties, ce qui permet de retrouver ce chiffre de 419.

Tableau 4

Calcul du nombre théorique de lits nécessaires au mouvement des diverses classes de durée de séjour (établi sur la base du registre des entrées et sorties).

admis avant le 1.1.1964			Pourcentage
301 malades	séjours de 2 ans et plus = G.S. 1964	301 lits	
95	séjours de 1 année et plus = P.S. 63	95	} 56 %
		*396 lits bloqués	
admis en 1964	*report:	*396	} 19 %
293 cas	séjours jusqu'à 1 mois	24 lits	
204	2 mois	34	
108	3 mois	27	
70	4 mois	22	
40	5 mois	16	
27	6 mois	13	
19	7 mois	11	
12	8 mois	8	
12	9 mois	9	} 8 %
12	10 mois	10	
10	11 mois	9	
7	12 mois	7	} 17 %
30	séjours de plus d'un an et sortis avant fin 65	30	
89	malade toujours hospita- lisés à fin 65 = P.S. 1964	89	
933 admis- sions	total lits à	705 ~	100.00

Selon le rapport annuel de la clinique il y a vait 702 lits réellement occupés au 31.12.1964.

A titre d'exemple, en 1937 6 lits suffisent à accueillir les 73 "entrées" hospitalisées durant un mois; 7,5 lits sont nécessaires aux 30 "entrées" ayant séjourné trois mois, mais 7 lits sont déjà nécessaires pour les 11 "entrées" hospitalisées de sept à neuf mois.

En 1964, 24 lits permettent d'accueillir les 293 "entrées" hospitalisées durant un mois; 34 lits sont nécessaires aux 108 "entrées" ayant séjourné trois mois, alors qu'il faut 28 lits pour les 43 "entrées" hospitalisées de sept à neuf mois.

Dès que les séjours excèdent une année, nous trouvons des lits bloqués.

Nous signalons d'emblée le caractère relatif des chiffres avancés plus haut, puisque lorsque nous parlons "d'entrées" nous comprenons tous les séjours y compris les séjours multiples pendant l'année considérée. Cependant nous rappelons qu'en comparant les années 1947 et 1964 et en décomptant les séjours multiples on trouve un chiffre d'une remarquable constance :

En 1947 les 360 "entrées" ont été faites par 335 malades
soit 93,05 %

En 1964 les 933 "entrées" proviennent de 871 malades
soit 93,35 %

Le même rapport malades - entrées est retrouvé dans des sondages effectués sur des années intermédiaires.

Pour accueillir les 228 "entrées" de l'année 1937 la clinique avait à disposition 421 lits dont 328, soit le 78 % étaient bloqués au 31.12.1936 et le sont restés pendant toute l'année 1937; ces lits bloqués représentent le GS 1937 et le PS 1936 selon nos définitions.

Des 93 lits à disposition pour les "entrées" de l'année 1937, 50 furent occupés, soit le 12 % du total des lits, par les patients formant le PS 1937 et ceux ayant fait des séjours de plus de 360 jours. Il restait donc 43 lits pour les 178 "entrées" ayant séjourné à Bel-Air moins de 12 mois. 19 "entrées" ont fait des séjours de 7 à 12 mois occupant le 3 % du total des lits (421) soit 13 lits à faible mobilité, ce qui nous donne un taux d'occupation de 1,46 ("entrée" par lit). 159 "entrées" ont fait des séjours entre 1 jour et 6 mois, occupant le 7 % du total des lits, soit 30 lits à grande mobilité nous donnant un taux d'occupation de 5,3 ("entrée" par lit).

Pendant l'année 1964 la clinique a dû recevoir 933 entrées pour 708 lits à disposition dont 396, soit le 56 %, furent bloqués par le GS 1964 et le PS. 1963. Restaient donc 312 lits, dont 119 (soit le 17 % du total des lits) furent occupés par le PS. 1964 et les "entrées" ayant fait des séjours d'une année au moins. En définitive 193 lits ont été nécessaires pour accueillir les 814 "entrées" ayant séjourné moins de 12 mois.

72 "entrées" ont fait des séjours de 7 à 12 mois, occupant le 8 % du total des lits (708) soit 57 lits à faible mobilité (taux d'occupation : 1,2). 742 "entrées" ont séjourné de 1 jour à 6 mois, occupant le 19 % des lits totaux, soit 135 lits à grande mobilité, ce qui représente un taux d'occupation de 5,5 "entrées"/lits.

Tableau 5

Calcul des lits pour 1937 (unité de 100)

Malades admis avant

1937	289 hospitalisés depuis 2 ans et plus (Grand sédiment)	} 329 lits ou 78 % (78,07 %)
	40 hospitalisés depuis 1 an et plus (Petit sédiment 1936)	

Malades admis en 1937	73 x 1 mois = 73 (durée totale des séjours d'un mois)
	33 x 2 mois = 66 (" " des séjours de 2 mois)
	30 x 3 mois = 90
	10 x 4 mois = 40
	8 x 5 mois = 40
	5 x 6 mois = 30

total 339 : 12 = 28,25 lits ou 7 %
(6,70 %)

7 x 7 mois = 49
3 x 8 mois = 24
1 x 9 mois = 9
2 x 10 mois = 20
4 x 11 mois = 44
2 x 12 mois = 24

total 170 : 12 = 14,16 lits ou 3 %
(3,36 %)

9 restés plus d'un an et sortis	} 50 lits ou 12 % (11,86 %)
41 plus d'un an et toujours hospitalisés fin 38 (Petit sédiment 1937)	

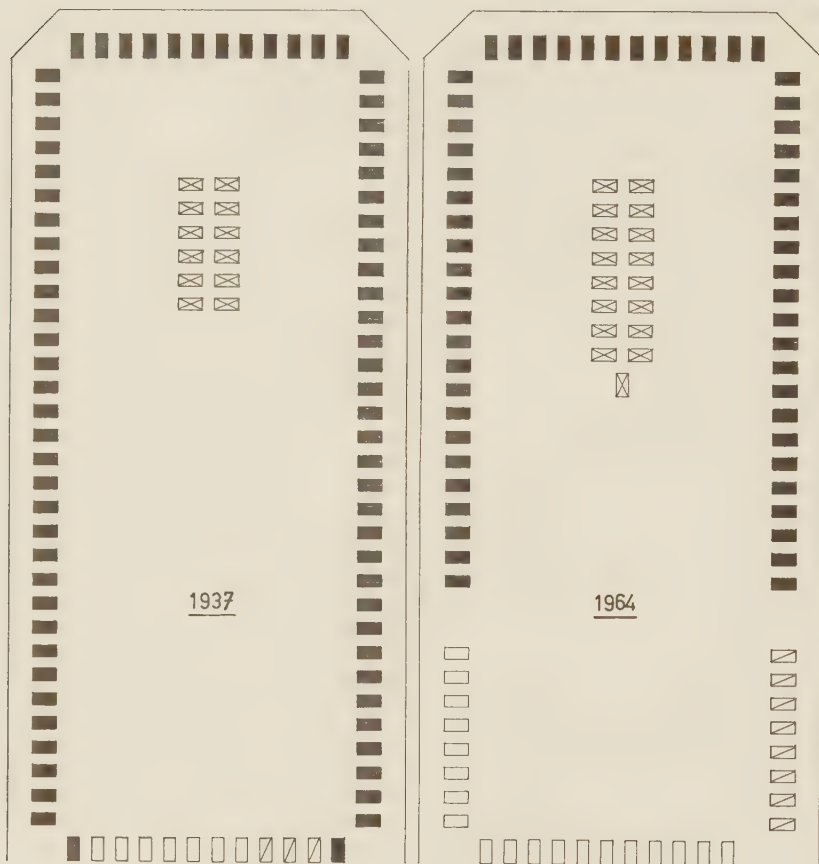
total	228	total	421,41 lits	100.00 (99,99)
-------	-----	-------	-------------	-------------------

Tableau 6

Calcul des lits pour 1964 (unité de 100)

Malades admis avant 1964	301 hospitalisés depuis 2 ans et plus (Grand sédiment)	}	396 lits ou 56 % (55,91 %)	
	95 hospitalisés depuis 1 an et plus (Petit sédiment 1963)			
Malades admis en 1937	293 x 1 mois = 293			
	204 x 2 mois = 408			
	108 x 3 mois = 324			
	70 x 4 mois = 280			
	40 x 5 mois = 200			
	27 x 6 mois = 162			
	total	1667 : 12 =	138,9 lits ou 9 % (19,61 %)	
	19 x 7 mois = 133			
	12 x 8 mois = 96			
	12 x 9 mois = 108			
	12 x 10 mois = 120			
	10 x 11 mois = 110			
	7 x 12 mois = 84			
	total	651 : 12 =	54,25 lits ou 8 % (7,66 %)	
	30 restés plus d'un an et sortis	}	119 lits ou 17 % (16,80 %)	
	89 plus d'un an et toujours hospitalisés à fin 65 (Petit sédiment 1964)			
total	933	total	708,16	100.00 ()

En reconstituant une unité de 100 lits selon les données fournies par l'année 1937 et en les comparant à une unité de 100 lits reconstituée selon les données fournies par l'année 1964.



-  lits bloqués par le GS de l'année considérée + PS de l'année précédente.
 lits bloqués par le PS de l'année considérée + malades entrés dans l'année considérée et ayant fait une année de séjour au minimum.
 lits à faible mobilité (séjours de 7 à 12 mois).
 lits à grande mobilité (séjours jusqu'à 6 mois).

1937	1964
78	56
12	17
3	8
7	19
100	100

B' — Reconstitution d'une unité de 100 lits à la Clinique psychiatrique de Bel-Air selon les données fournies par l'année 1937

B'' — Reconstitution d'une unité de 100 lits à la Clinique psychiatrique de Bel-Air selon les données fournies par l'année 1964

Nous observons qu'en 1937 sur 100 lits, 90 sont bloqués. Le 90 % des lits de la clinique est donc immobilisé à l'année, 3 lits ont une faible mobilité (avec un taux d'occupation de 1,46) et pratiquement tout le mouvement des malades a lieu dans 7 lits, soit le 7 % de l'ensemble des lits de la clinique (soit 30 lits sur les 421 dont on disposait).

Pour l'année 1964 nous constatons que sur 100 lits, 73 sont bloqués. Le 73 % des lits de la clinique apparaît donc immobilisé à l'année. 8 lits ont une faible mobilité et la presque totalité du mouvement des malades a lieu dans 19 lits seulement, soit 19 % de l'ensemble des lits (soit 140 lits environ sur les quelques 700 lits dont on disposait).

A première vue les chiffres de 5,3 pour 1937 et 5,5 pour 1964 pourraient faire penser à une augmentation faible du taux de mobilité, si dans leur interprétation il n'était tenu compte de l'accroissement annuel des entrées qui s'est fait dans une proportion bien supérieure à l'augmentation du nombre de lits par année.

De 1937 à 1964 le nombre d'entrées annuelles a augmenté de 309 % pour une augmentation de lits de 68 % seulement (228 entrées pour un total de 421 lits en 1937; 933 entrées pour un total de 708 lits en 1964).

Pour être en mesure de faire face à cette situation il a fallu porter l'effort sur la limitation des durées de séjours des nouveaux malades admis et sur la diminution du poids de charge représenté par le sédiment, mais il est clair que cet effort n'a été rendu possible que grâce à l'apport des nouveaux moyens thérapeutiques, tant relationnels que biologiques.

On peut admettre que sans l'apport de ces nouveaux moyens et en admettant que le mouvement de la population de la clinique ne se soit pas modifié au cours des dernières années, avec un accroissement de 139 % de malades en soins en 1964 par rapport à 1937, en plus des 421 lits à disposition en 1937, il nous en aurait fallu 580, soit un total d'environ 1000 en 1964, alors que jusqu'à fin 1966 nous pouvions faire face à la situation avec quelque 700 lits.*

Il faut cependant bien se rendre compte à quel point reste fragile l'équilibre que nous sommes parvenus à maintenir.

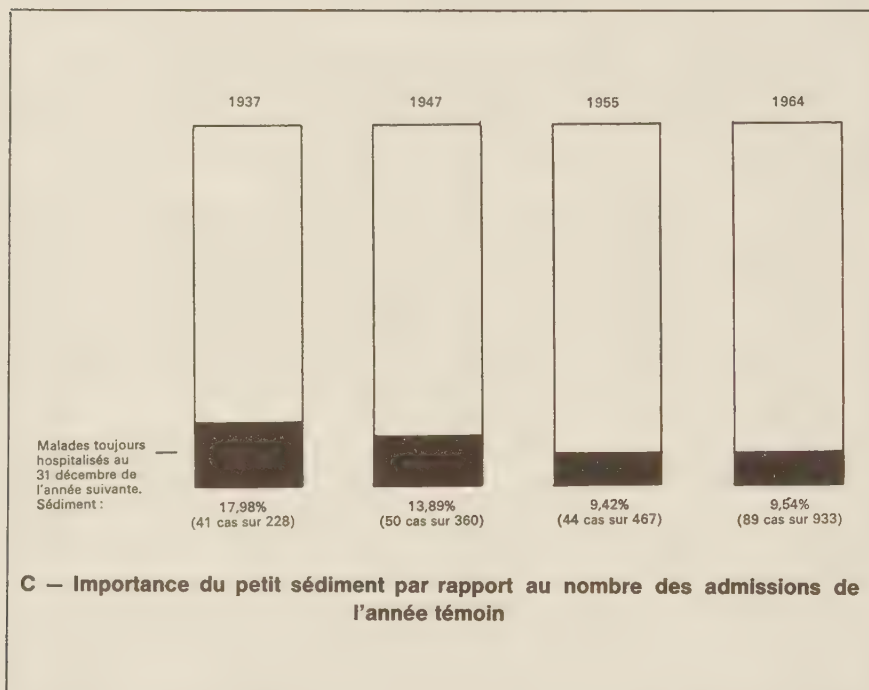
A titre d'exemple un accroissement de 2 % seulement des lits noirs (GS 64 + PS 63) aurait pour conséquence de bloquer 2 lits à grande mobilité sur les 19 dont nous disposons dans notre unité de 100. Si nous ne pouvions prendre les mesures nécessaires, nous priverions de soins 11 malades, ce qui à l'échelle de la clinique concernerait en fait 70 malades.

Etude du sédiment

Les patients qui pour des raisons diverses (gravité de leur maladie, nécessité d'un long traitement, intolérance d'un autre milieu que celui de la clinique, difficultés de placement adéquat à l'extérieur, hospitalisme, contexte sociologique, etc). occupent un même lit durant des mois, voire des années, forment ce sédiment hostile à la mobilité et à l'économie hospitalière.

* En 1974 la clinique compte toujours 700 lits environ

Une première étude comparative de l'évolution du petit sédiment de 1939 à 1964 permet déjà de faire quelques remarques. En considérant l'importance des petits sédiments par rapport au nombre des admissions des années témoins



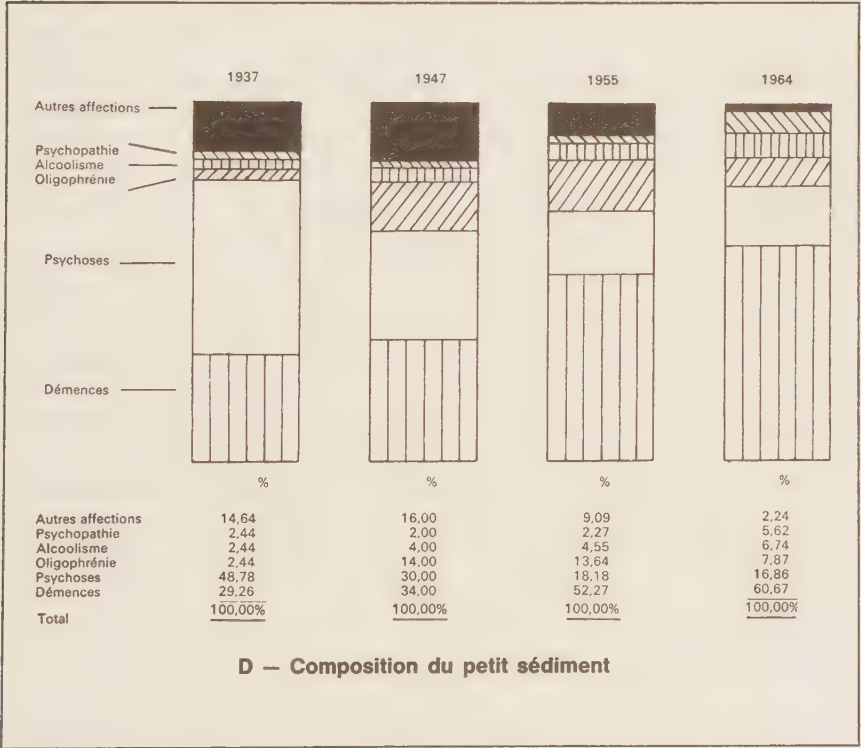
il apparaît qu'en 1937 le petit sédiment représente le 18 % des admissions, alors qu'en 1947 le pourcentage s'abaisse à 14 % pour se stabiliser entre 9 % et 10 % de 1955 à 1964, mais relativement proportionnel au nombre des entrées, ce petit sédiment va croissant en nombre absolu avec 89 patients pour 933 entrées (871 patients, si l'on décompte les séjours multiples) en 1964, 50 patients pour 360 entrées (331 patients, si l'on décompte les séjours multiples) en 1947 et seulement 41 patients pour 228 entrées en 1937.

Après détermination par catégories diagnostiques de la composition de ces petits sédiments en chiffres absolus, puis en % nous pouvons observer les profondes transformations survenues au cours de ces dernières années avec de manière significative la régression des psychoses de 1937 à 1964 (50 % à 17 % environ) et l'augmentation des syndromes démentiels de la sénilité qui, en 1964, atteignent plus de 60 % du petit sédiment total. A remarquer aussi la sédimentation accrue d'autres catégories diagnostiques telles celles des psychopathes et des alcooliques relativement peu importantes en chiffres absolus, mais n'en influant pas moins sur la mobilité avec le blocage de 9 lits pendant une partie de l'année 1964 et pendant toute l'année 1965, le blocage de 2 lits seulement en 1937 et pendant toute l'année 1938.

Tableau 7

Composition du petit sédiment selon les catégories diagnostiques

	1937	1947	1955	1964
Autres affections	6	8	6	4
Psychopathies	1	1	1	4
Alcoolisme	1	2	2	5
Oligophrénie	1	7	6	7
Psychoses	20	15	8	15
Démences	12	17	21	53
Total	41	50	44	88



Avant de poursuivre cette étude comparée du sédiment avec introduction du grand sédiment, nous rappellerons qu'en 1937 sur les 421 lits à disposition, 329 étaient bloqués par un sédiment comprenant le GS 1937 (289 patients) et le PS 1936 (40 patients) alors qu'en 1964 nous avions à disposition 708 lits dont 396 étaient bloqués par le GS 1964 (301 patients) et le PS 1963 (95 patients).

En nous replaçant dans une perspective d'économie hospitalière, il nous a semblé instructif de déterminer quelles catégories diagnostiques et dans quelles proportions réalisaient ainsi le blocage des lits pendant toute une année témoin. Notre recherche a porté sur les malades appartenant au GS de l'année témoin et au PS de l'année précédente, qui bloquaient ainsi des lits respectivement pendant toute l'année 1937 et pendant toute l'année 1964.

Tableau 8

Composition du grand sédiment selon le sexe et les catégories diagnostiques

	1937				1964			
	H	F	T	%	H	F	T	%
Schizophrénies	43	63	106	36,68%	30	56	86	28,57%
Arriérations	33	12	45	15,57%	44	27	71	23,6
Démences	2	8	10	3,46%	14	49	63	20,92%
Délires chroniques	15	47	62	21,45%	4	27	31	10,29%
Alcoolisme + psychose alcoolique	10	2	12	4,15%	8	6	14	4,65%
Psychoses maniaco-dépressives	4	7	11	3,80%	2	7	9	3 %
Psychopathies	7	3	10	3,46%	2	7	9	3 %
Epilepsies	7	5	12	4,15%	1	3	4	1,32%
Affections organiques cérébrales	1	5	6	2,08%	4	2	6	2 %
Syphilis nerveuses	9	6	15	5,20%	3	4	7	2,32%
Névroses	-	-	-	-	-	1	1	0,33%
Total	131	158	289	100.00	112	189	301	100.00

Tableau 9

Composition du petit sédiment 1936 selon le sexe et le diagnostic
(d'après le registre des entrées et sorties)

	Hommes	Femmes	Total
Schizophrénies	4	7	11
Délires chroniques	1	11	12
Psychoses maniaco- dépressives	-	2	2
Alcoolisme	3	1	4
Psychopathies	-	4	4
Arriérations	1	-	1
Démences	3	1	4
Syphilis nerveuse	2	-	2
Total	14	26	40

Tableau 10

Composition du petit sédiment 1963 selon le sexe et le diagnostic
(d'après les données du bureau cantonal de statistiques)

	Hommes	Femmes	Total		Total	
Schizophrénies	6	3	11	}21	14	}20
Délires chroniques	1	9	10		6	
P. maniaco-dépressives	3	3	6		6	
Alcoolisme	4	1	5		7	
Psychopathies	-	-	-		1	
Arriérations	3	1	4		3	
Démences	9	41	50		52	
Syphilis nerveuse	1	-	1		1	
Epilepsies	1	1	2		2	
Divers	2	4	6		6	
Total	32	63	95		98	

* Le P.S. 1963 que nous avons déterminé d'après le registre des entrées et sorties se trouve augmenté de 3 patients et la répartition diagnostique apparaît un peu modifiée. Il est probable qu'une erreur a été faite dans le compte des fiches statistiques cantonales dont le contrôle préalable par plusieurs chefs de clinique a été établi selon autant de conceptions nosographiques légèrement différentes. La marge d'erreur nous a semblé minime et nous n'avons pas jugé nécessaire de refaire l'ensemble des calculs où nous avons déjà introduit le PS 63 selon les données du bureau cantonal de statistiques.

Tableau 11

Composition du sédiment 1937 (GS 37 + PS 36) selon les classes d'âge et les catégories diagnostiques

	malades âgés de 65 ans et plus		malades âgés de moins de 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Démences	4	7	1	2
Schizophrénies	4	9	43	61
Délires chroniques	3	22	13	36
P. maniaco-dépressives	2	3	2	6
Arriérations	3	4	31	8
Alcoolisme	3	2	10	1
Psychopathies	2	-	5	7
Epilepsies	-	-	7	5
Troubles mentaux de la syphilis	1	1	10	5
Divers	-	1	1	4
	22	49	123	135
	71		258	
	329			

Tableau 12

Composition du sédiment 1964 (G.S. 64 + P.S. *63) selon les classes d'âge et les catégories diagnostiques

	malades âgés de 65 ans et plus		malades âgés de moins de 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Démences	21	88	2	2
Schizophrénies	7	21	31	38
Délires chroniques	2	21	3	15
P. maniaco-dépressives	2	8	3	2
Arriérations	7	3	40	25
Alcoolisme	5	1	8	5
Psychopathies	-	2	2	5
Epilepsies	-	1	2	3
Troubles mentaux de la syphilis	1	2	2	3
Divers	2	1	4	6
	47	148	97	104
	195		201	
	396			

* d'après les données fournies par le bureau cantonal de statistiques.

Tableau 13

Calcul ayant permis de faire le graphique sur le sédiment 1937* et de déterminer les lits bloqués par catégories diagnostiques.

	Hommes GS 37 + PS 36	Femmes GS 37 + PS 36	Total GS 37 + PS 36	en % par rapport au total du sédi- ment	en propor- tion p. r. à 78 lits. Résultat ar- rondi donnant les lits blo- qués.
Schizophrénies	43 + 4	63 + 7	117	35,57	28
Délires chroniques	15 + 1	47 + 11	74	22,50	8
Psychoses maniaco- dépressives	4	7 + 2	13	3,96	3
Arriérations	33 + 1	12	46	13,99	11
Alcoolisme chroni- que	7	1 + 1	9	2,73	2
Psychoses alcoolii- ques	3 + 3	1	7	2,12	2
Psychopathies	7	3 + 4	14	4,25	3
Epilepsie	7	5	12	3,64	3
Syphilis nerveuse	9 + 2	6	17	5,17	4
Tr. mentaux sympt. d'une affection orga- nique cérébrale	1	5	6	1,82	1
Démences	2 + 3	8 + 1	14	4,25	3
totaux	145	184	329	100.00	78

* regroupement des malades du GS 1937 et du PS 1936

Tableau 14

Calcul pour la répartition par catégorie diagnostique des lits bloqués par le petit sédiment 1937

	Nombre de cas	% par rapport au PS	% par rap. au PS + séj. 1 an et plus, mais sortis	lits blo- qués
Démences + troubles				
Symptom. de la sénilité	12	29,26%	24 %	(2,88) 3
Schizophrénies	10	24,40%	20 %	(2,40) 2
Délires chroniques	6	14,63%	12 %	(1,44) 2
P. maniaco-dépressives	4	9,75%	8 %	(0,96) 1
Autres cas	9	21,96%	18 %	(2,16) 2
Total Petit sédiment	41	100.00		
Séjours de plus d'un an mais sortis	9		18 %	(2,16) 2
	50		100.00	12,00

Tableau 15

Calcul ayant permis de faire le graphique sur le sédiment *64 et de déterminer les lits bloqués par catégories diagnostiques.

	Nombre de cas à fin 1964	PS 1964 + malades restés plus d'un an et sortis + autres cat. de séj. entre 10 j. et 360 jours	Sédiment 1964 GS 64 + PS 63	: en % par rapport au total du sédi- ment	en propor- tion par rap- port à 56 lits	Résultat ar- rondi LITS BLOQUES
Démences	177	89 } 113	113	28,54%	16	16
Tr. mentaux sympt. de la sénilité	47	22 }				
Schizophrénies	126	29	97	24,50%	13,71	14
Arriérations	87	12	75	18,94%	10,60	10
Délire chronique syst. ou non	55	14	41	10,36%	5,79	6
Psychose périodique manie-dépression	42	27	15	3,78%	2,11	2
Autres cas	138	83	55	13,88%	7,77	8
TOTAUX	672	276	396	100,00%	56,00	56

* regroupement des malades du GS 1964 et du PS 1963

Tableau 16

Calcul pour la répartition par catégorie diagnostique des lits bloqués par le petit sédiment 1964

	Nombre de cas	% par rap. au petit sédi- ment	% p. r. au pt sédiment + séjours 1 an et + sortis	LITS BLOQUES
Démences + trou- bles sympt. sénilite	54	60,68%	45,39%	7,71
Schizo. c	6	6,74%	5,04%	0,85 ⁺
Dél. chron.	4	4,49%	3,36%	0,57 ⁺
Psych. périod.	5	5,61%	4,20%	0,71 ⁺
Autres cas	20	22,48%	16,80%	2,85
Total PETIT SEDIMENT	89	100.00 %		
Séjours de plus de 1 an mais sortis	30		25,21%	4,28
	119		100.00%	(16,97) 17

Tableau 17

	1937	1964
% des hommes par rapport au total du sédiment	44,07%	36,36%
% des femmes par rapport au total	55,93%	63,64%
% des patients âgés de 65 ans et plus par rapport au total	21,58%	49,24%
% des patients âgés de moins de 65 ans par rapport au total	78,42%	50,76%
% des hommes de 65 ans et plus par rapport au total des hommes	15,17%	32,63%
% des hommes de moins de 65 ans par rapport au total des hommes	84,83%	67,37%
% des femmes de 65 ans et plus par rapport au total des femmes	26,63%	58,73%
% des femmes de moins de 65 ans par rapport au total des femmes	73,37%	41,27%
Pour les démences, % des femmes par rapport à l'ensemble des déments	64,28%	79,64%
Pour les schizo., % des patients âgés de 65 ans et plus par rapport à l'ensemble des schizo.	11,11%	28,86%
Pour les délires chroniques - idem -	33,78%	56,09%

Tableau 18

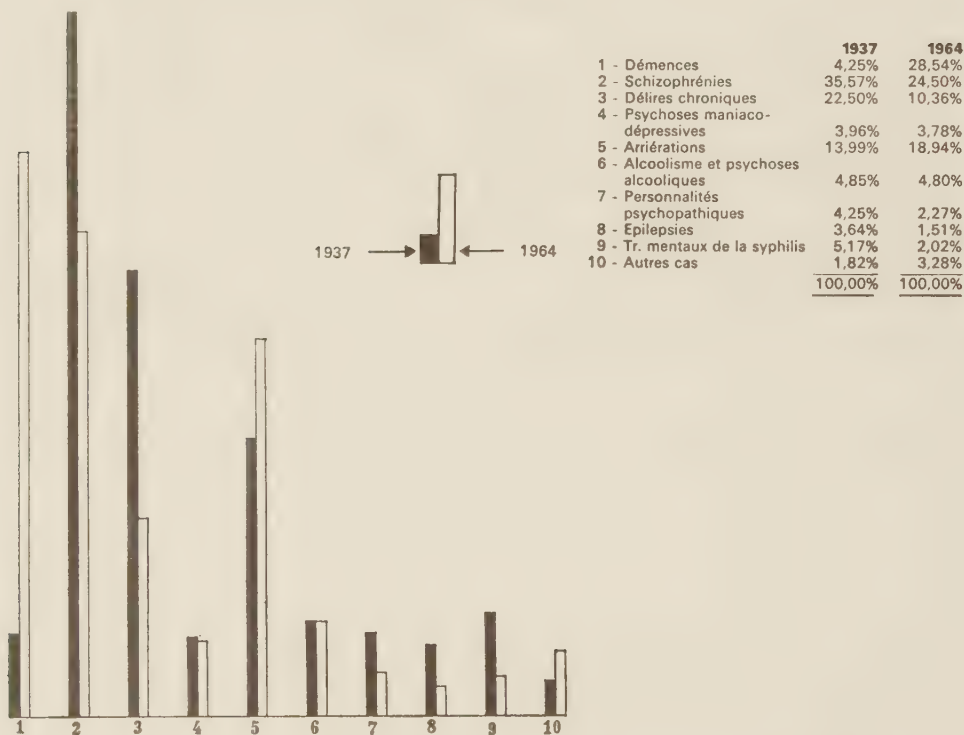
Démences selon le sexe et par rapport au sédiment total

En 1937

	14 démences par rapport à 329 pat.	=	4,25 %
dont	9 femmes par rapport à 329 pat.	=	2,7 %
et	5 hommes par rapport à 329 pat.	=	1,51 %

En 1964

	113 démences par rapport à 396 pat.	=	28,53 %
dont	90 femmes par rapport à 396 pat.	=	22,72 %
et	23 hommes par rapport à 396 pat.	=	5,81 %



" E - Composition du sédiment 1937 comparé à celui de 1964 "

Notre analyse s'attache donc à comparer la composition d'un sédiment 1937, comprenant le GS 1937 et le PS 1936, à la composition d'un sédiment 1964, comprenant le GS 1964 et le PS 1963

L'aspect nosologique de la composition de ces "sédiments" va nous permettre un certain nombre de considérations qui tiendront compte des données ressortant des travaux de J. M. Quinodoz sur l'étude comparée des premières admissions et de J. J. Burgermeister sur le problème des réadmissions, données dont nous ferons état avec plus de précision lorsque nous aborderons le mode de constitution d'un Grand sédiment à partir des PS et en fonction des entrées des années précédentes.

Le graphique E (de l'article) nous frappe d'emblée par le phénomène de l'augmentation des syndromes démentiels de la sénilité.

Nous savons que l'accroissement des entrées de cette catégorie de malades est en rapport avec l'augmentation de la population de Genève, et surtout avec les variations dans la structure de cette population, plus importantes que les variations globales. Preuve en est l'augmentation de la longévité et les maladies cérébrales du grand âge qu'elle entraîne. Les statistiques cantonales nous indiquent qu'en 1947 les personnes âgées de 65 ans et plus représentent le 10,41 % de la population, en 1964 le 11,35 %. Mais l'importance relative croissante des classes déjà supérieures à 75 et 85 ans apparaît toujours plus nettement et explique les besoins accrus, tant individuels que collectifs, en soins médicaux et psychiatriques.

Des autres facteurs contribuant à l'accroissement de cette catégorie d'entrées, nous retiendrons le couple morbidité / tolérance allant vers une diminution de la tolérance de la population et des milieux hospitaliers non spécialisés, enfin la tendance actuelle à hospitaliser plus vite les malades.

L'évolution de ce groupe au sein du sédiment se fait dans le sens d'une augmentation relative caractéristique qui nous apparaît surtout déterminée par la prolongation de la survie (grâce aux thérapeutiques modernes) et par les problèmes de placement (maisons de vieillards surchargées, pensions en nombre insuffisant) de patients ayant bénéficié de soins psychiatriques et dont l'intégration en milieu extrahospitalier redeviendrait possible, au moins temporairement.

L'acceptation de l'hospitalisation à vie et la tendance à une immobilisation plus grande dans les pavillons de déments ont une incidence non négligeable.

D'autres facteurs sociologiques, de portée plus générale, peuvent entrer aussi en considération. Nous pensons au milieu social, à l'appartenance à une famille du pays ou, au contraire, à une situation d'émigré, à la qualité des attaches familiales, à la profession, à la situation économique.

On remarque encore que la population féminine du sédiment passe de 55,93 % en 1937 à 63,64 % en 1964 et que si les patients âgés de 65 ans et plus représentent le 21,58 % du sédiment en 1937 et 49,24 % en 1964, cela apparaît lié essentiellement à l'augmentation des femmes entrant dans le groupe des syndromes démentiels de la sénilité, soit 7 démentes en 1937 pour 329 malades, 88 démentes en 1964 pour 396 malades.

L'importance de la schizophrénie et des délires chroniques au sens de la nosographie française, par rapport aux autres groupes de diagnostic, n'a cessé de diminuer au cours des dernières années. Si l'augmentation des premières en-

trées de schizophrènes est fonction de l'accroissement de la population, les chiffres des premières entrées de déliants chroniques ont en revanche légèrement baissé. En fait l'augmentation totale des entrées de schizophrènes et de déliants chroniques tient aussi de l'accroissement en nombres absolus des ré-hospitalisations depuis l'avènement de l'ère des neuroleptiques avec l'introduction du Largactil en 1953 à Bel-Air. On tend donc vers une diminution des séjours prolongés, d'où allègement de notre sédiment.

Ce groupe sédimente pour diverses raisons, dont aucune considérée isolément n'apparaît déterminante. Nous retiendrons plus particulièrement la notion du vieillissement de la population schizophrène du sédiment 1964, comparé à celui de 1937 (11,11 % de schizophrènes âgés de 65 ans et plus par rapport au total des schizophrènes du sédiment 1937, pour 28,86 % en 1964); pour les délires chroniques 33,78 % en 1937, pour 56,09 % en 1964.

Nous insisterons sur le caractère de simple indication de ces derniers chiffres vu la difficulté souvent rencontrée de distinguer un schizophrène d'un déliant chronique, d'aucuns admettant d'ailleurs que la plupart des délires chroniques ne sont que des formes de schizophrénie relativement maîtisées.

Une des conséquences de l'augmentation de patients âgés dans ce groupe diagnostique du sédiment est l'importance prise par le problème de leur placement hors de clinique, de tels placements facilitant très souvent une mobilisation relative et une certaine activation.

Dans cette population de psychotiques âgés du sédiment, nous trouvons fréquemment une dissolution des attaches familiales par vieillissement et, parfois, disparition des membres de l'entourage. En outre comme facteurs freinant la sortie de ces malades doivent compter l'hospitalisme, la passivité médicamenteuse auxquels s'ajoute ou se mêle le syndrome fait de soumission, d'apathie et de perte d'individualité, nullement spécifique aux psychotiques, rencontré chez beaucoup de patients laissés à leur sort, malades "oubliés" qui, parfois aussi, savent se faire oublier parce que s'accommodant de ce genre d'existence, mais dans lequel ils se trouvent bien souvent renforcés par le paternalisme et la complicité du personnel médical et infirmier, trouvant aussi certains avantages à cette situation. Un autre facteur non négligeable, mais nullement raison suffisante, est l'action limitée de la thérapeutique lors de prises en charges tardives. Dans le sédiment 1964 (GS 1964 + PS 1963) environ 60 % de l'ensemble des schizophrènes et déliants chroniques sont des malades hospitalisés avant 1954.

Dans le groupe de la psychose maniaco-dépressive ressort une variation relative très peu importante dans l'évolution du sédiment. Il n'y a en effet pas d'augmentation des malades dans le sédiment par rapport à l'augmentation moyenne des premières entrées. La pathologie particulière de cette forme morbide explique sa place à l'intérieur du sédiment.

Le groupe des arriérations nous montre un pourcentage augmenté dans le sédiment, mais une analyse est un peu vaine en ce qui concerne la clinique de Bel-Air où le nombre de places réservées aux arriérés jeunes est limité. L'alourdissement du grand et du petit sédiment se fait néanmoins nettement ressentir.

On fera cependant remarquer l'accroissement au sein de la population genevoise du nombre des enfants handicapés mentaux par suite du taux de survie plus élevé (introduction des antibiotiques entre 1945 et 1950 et de la réanimation en 1955).

Des données statistiques cantonales établies en 1963 (voir article A et F. Jaeggi. Enfants et adolescents arriérés dans le canton de Genève. La psychiatrie de l'Enfant, fasc. II 452-505, 1965), nous indiquent que le cinquième des arriérés mentaux atteignent l'âge de 40 ans, alors qu'auparavant un sixième d'entre eux seulement vivaient jusqu'à cet âge. En outre la nécessité de soins hospitaliers augmentant au cours de leur vie, 26 % seulement des arriérés profonds en âge préscolaire sont hospitalisés alors que la presque totalité des malades adultes (95 %) est placée dans un établissement.

Dans le groupe diagnostique des personnalités psychopathiques nous constatons un léger accroissement des premières entrées par rapport à celui de la population et l'importance non négligeable des réhospitalisations, mais à notre avis des critères nosographiques insuffisants ont fait souvent englober dans ce groupe certaines névroses de caractère correspondant à des structures de personnalité bien différentes et déterminant un comportement pseudo-psychopathique. Nous pensons aussi à certains malades toxicomanes et alcooliques dont certaines altérations de la personnalité, acquises pourtant tardivement, les font un peu trop vite étiqueter de psychopathes.

Des autres facteurs intervenant dans l'augmentation des entrées de psychopathes nous retiendrons l'hospitalisation actuellement facilitée des sujets dépendant des autorités judiciaires, la diminution de certains débouchés autrefois offerts à cette catégorie de patients, telles la légion étrangère, la marine, etc.

Enfin facteur moins anodin qu'il ne pourrait paraître, la tendance à une tolérance moindre de la population vis-à-vis des "originaux".

Si ce groupe de diagnostics diminue relativement en pourcentage dans le grand sédiment (augmentation des séjours multiples et choix des critères nosographiques), en revanche il commence de grever plus lourdement notre petit sédiment et comme pour les médecins, le personnel soignant et les autres malades hospitalisés cette catégorie de patients pose en fait de tels problèmes, que jamais sans en assurer un strict décompte, on ne penserait qu'elle représente une quantité numériquement si faible.

Dans le groupe des malades alcooliques apparaît une augmentation significative des premières entrées avec une augmentation relativement importante des alcooliques chroniques par rapport aux autres formes morbides de l'alcoolisme. Si l'intolérance progressivement plus marquée du milieu à l'égard des malades alcooliques semble en être une cause importante, il n'en reste pas moins que le facteur principal de cet accroissement est l'augmentation de l'alcoolisme chronique en Suisse.

En fait une telle estimation devrait tenir compte des couches sociales et des classes d'âge de la population plus particulièrement touchées par l'alcoolisme. Sur la base d'études publiées en 1967 par K. Bättig (Institut d'Hygiène et de psychologie du travail de l'Ecole polytechnique fédérale à Zurich) prenant comme

indices de fréquence de l'alcoolisme chronique le taux de mortalité due à la cirrhose du foie et au delirium tremens, la croissance considérable de cette mortalité passant de 335 décès en 1939 à 754 décès en 1963 ne s'explique que partiellement par l'accroissement et le vieillissement de la population et par l'augmentation de la consommation de l'alcool par tête d'habitant. La croissance de cette mortalité dépasse en effet largement notre attente sans que ce phénomène puisse être interprété par l'interférence de facteurs étrangers à l'alcoolisme. Etant donné la relation directe existant entre la mortalité due à la cirrhose alcoolique du foie et au delirium tremens d'une part, et la fréquence de l'alcoolisme d'autre part, on est amené à penser qu'il y a accroissement réel de l'alcoolisme chronique dans notre pays et à Genève par voie de conséquence probable.

L'alourdissement de notre grand sédiment n'est pas très démonstratif, mais celui du petit sédiment ne laisse pas de nous inquiéter et nous fait reconnaître comme raison essentielle, le PS n'étant qu'un indice, l'absence de prise en charge vraiment efficace des alcooliques chroniques en milieu hospitalier.

Pour les derniers groupes de diagnostics, on comprend facilement la modification quantitative et qualitative de la syphilis. Les troubles mentaux consécutifs à cette affection ont pratiquement disparu, quoiqu'on note, ces dernières années, une recrudescence de cette maladie qui aura comme conséquences éloignées vraisemblables l'apparition de syphilis nerveuses atypiques.

L'épilepsie mieux traitée diminue relativement d'importance dans le champ de la pathologie mentale, mais dans le cadre de Bel-Air nous ne devons pas oublier que l'évolution du sédiment des épileptiques doit tenir compte du déplacement d'un grand nombre de ces malades dans des institutions spécialisées.

Reste le groupe des autres affections qui comprend la catégorie des névroses graves et celle des malades atteints de troubles mentaux symptomatiques d'affections organiques cérébrales, à l'exclusion des formes morbides précitées.

Dans le petit sédiment, ces deux catégories sont groupées avec celles des épileptiques et des syphilitiques, ce qui explique la diminution progressive de cette tranche de sédiment. Par contre, l'épilepsie et la syphilis ne sont pas comprises dans le grand sédiment au sein du groupe dit des autres affections dont l'augmentation reste relativement peu importante.

Au début de ce travail, abordant une étude de la mobilité, nous avons reconstitué des unités de 100 lits selon les données des deux années de référence 1937 et 1964.

Les lits noirs représentaient les lits bloqués par le GS de l'année considérée et par le PS de l'année précédente, soit 78 lits noirs en 1937 et 56 lits noirs en 1964.

Les lits signifiés par un rectangle avec hachure en croix représentaient les lits bloqués par le PS de l'année considérée et par les malades entrés dans cette même année témoin et ayant fait une année de séjour au minimum, soit 12 lits en 1937 et 17 lits en 1964.

Nous nous sommes proposés en les rapportant à ces unités de 100 lits de savoir (quelles catégories diagnostiques) quels patients par catégories diagnostiques occupaient les lits bloqués, les modifications dont nous avons fait état dans l'évolution de la composition des sédiments de 1937 à 1964 se retrouvant dans les grandes lignes.

Ainsi sur une unité de 100 lits, les 78 lits noirs sont occupés par

Schizophrénies	28	
Délires chroniques	18	
Maniaco-dépressifs	3	
Démences	3	
Arriérations	11	
Alcoolisme chronique		GS 1937 + PS 1936
+ psychose alcoolique	4	
Psychopathes	3	
Troubles mentaux de la syphilis	4	
Epilepsie	3	15
Troubles mentaux s d'une affection organique cérébrale	1	
total	78	

les 12 lits (hachure en croix)

sont occupés par

Schizophrénies	2	
Délires chroniques	2	
Maniaco-dépressifs	1	PS 1937
Démences	3	
Autres cas	2	
	2	séjours de plus d'un an, mais sortis
total	12	

En 1964, sur une unité de 100 lits, les 56 lits noirs sont occupés par

Schizophrénies	14	
Délires chroniques	6	
Maniaques-dépressifs	2	GS 1964 + PS 1963
Démences	16	
Arriérations	10	
Autres cas	8	
total	56	lits

		les 17 lits (hachurés en croix)
sont occupés par		
Schizophrénies	0,85	
Délires chroniques	0,57	
Maniaques-dépressifs	0,71	PS 1964
Démences	7,71	
Autres cas	2,85	
	4,28	séjours de plus d'un an, mais
		sortis
total	17 lits	

A l'échelle de 100 lits apparaissent donc significatives la diminution des lits noirs de 1937 à 1964 et l'augmentation des lits (à hachures en croix), avec pour cette catégorie la place prépondérante prise au cours des années par les démences, la réduction des lits occupés par des psychotiques (schizophrénies et délires chroniques), l'importance équivalente des arriérations et la réduction de l'ensemble des autres catégories diagnostiques. Nous pouvons ainsi nous rendre compte de ce qui se passe à l'échelle de la clinique avec (421 lits en 1937 et 708 lits en 1964), mais pour qu'il n'y ait pas de confusion nous ajouterons que ces données fournies par une reconstitution d'unités de 100 lits dont nous dégageons et analysons par catégories diagnostiques les lits bloqués pour un an minimum, ne représentent pas une simple transposition des données dont nous faisons état dans le graphique E. Nous avons procédé à des dislocations et regroupements de catégories de patients de manière un peu différente, selon que nous considérons des lits bloqués pour une année au minimum ou des variations relatives de groupes diagnostiques du "sédiment" 1937 au "sédiment" 1964.

A l'échelle d'une unité de 100 lits en 1937, sur 90 lits bloqués par des malades séjournant un an au minimum en clinique, 78 lits sont occupés par des patients appartenant au GS 37 et au PS 36, 12 lits sont occupés par des patients appartenant au PS 37 et par ceux qui, entrés en 1937, sont sortis après un an d'hospitalisation au minimum. Sont donc ainsi inclus des malades dont on juge de la durée de séjour par rapport à ce qu'ils sont devenus à fin 1938 et dont l'occupation de fait d'un lit en 1937 a pu s'étendre sur un temps court. Des remarques analogues peuvent être faites en ce qui concerne la reconstitution d'une unité de 100 lits pour 1964.

D'autre part si les 78 lits noirs dans une unité de 100 lits en 1937 correspondent au GS 37 + PS 36 et 56 lits noirs seulement d'une unité de 100 lits en 1964 sont occupés par le GS 64 et le PS 63, le graphique E permettant une comparaison de l'évolution de la composition du "sédiment" après réduction en % de l'importance des différentes catégories diagnostiques par rapport à l'ensemble de chaque sédiment 37 et 64 équivalant à un 100 %, nous comprenons alors pour donner un exemple l'augmentation relative au sein du sédiment 64 du groupe des arriérés, par rapport à la place relative moindre que ce groupe occupait dans le sédiment 37.

Poursuivant nos recherches sur le GS nous avons établi le mode de constitution du GS 66 par résorption progressive des PS des années précédentes et en fonction du nombre des "entrées". Nous espérons ainsi mieux comprendre les différences entre PS et GS dans leur mode évolutif en tenant également compte de la participation du GS 64, déjà connu, dans la formation de celui de 66.

Les tableaux chiffrés 19 à 26 permettent de faire d'emblée quelques constatations intéressantes.

Tableau 19

Mode de constitution du G.S. 1966 pour les schizophrènes et délirants chroniques par résorption des P.S. et en fonction des entrées

Année d'entrée	Nombre d'entrées	P.S.	% des entrées constituant le P.S.	G.S. 66
Avant 1940				22
1940 à 1949	604			20
1950 à 1954	442			10
1955	89	4	4,5%	9
1956	103	7	6,8%	
1957	113	5	4,4%	
1958	123	8	6,5%	
1959	134	10	7,4%	
1960	173	7	4 %	3
1961	167	12	7 %	3
1962	167	10	6 %	6
1963	188	20	10,6%	9
1964	147	10	6,8%	6

En moyenne 6,4 % environ des entrées d'une année se retrouvent dans les P.S. de 1955 à 1964.

38,7 % de l'ensemble des schizophrènes constituant les P.S. de 1955 à 1964 vont entrer dans le G.S. 1966, mais n'en représentent que le 41 % (par rapport au total des schizo.)

59 % des schizophrènes du G.S. 1966 sédimentent depuis 12 ans et plus.

Tableau 20

Mode de constitution du G.S. 1966 pour les déments par résorption des P.S. et en fonction des entrées.

Année d'entrée	Nombre d'entrées	P.S.	% des entrées constituant le P.S.	G.S. 66
Avant 1940				1
1940 à 1949	474			2
1950 à 1954	404			2
1955	108	21	19,4 %	} 2
1956	137	21	15,3 %	
1957	111	17	15,3 %	
1958	127	31	24,4 %	
1959	120	27	22,5 %	
1960	138	33	24 %	2
1961	151	27	18 %	4
1962	189	39	20,6 %	9
1963	208	52	25 %	16
1964	202	53	26 %	28

En moyenne 21 % environ des entrées d'une année se retrouvent dans les P.S. de 1955 à 1964

19 % de l'ensemble des déments constituant les P.S. de 1955 à 1964 vont entrer dans le G.S. 1966 et en représenter le 92,4 % (par rapport au total des déments)

Tableau 21

Mode de constitution du G.S. 1966 pour les maniaco-dépressifs par résorption des P.S. et en fonction des entrées.

Année d'entrée	Nombre d'entrées	P.S.	% des entrées formant le PS	G.S. 66
Avant 1940				--
1940 à 1949	270			1
1950 à 1954	159			--
1955	52	4	7,7 %	} 1
1956	25	1	4 %	
1957	33	1	3 %	
1958	45	2	4,4 %	
1959	68	1	1,5 %	
1960	78	-		--
1961	115	6	5,2 %	2
1962	76	2	2,6 %	1
1963	83	6	7,2 %	4
1964	100	5	5 %	5

En moyenne 4 % environ des entrées d'une année se retrouvent dans le P.S. depuis 1955 à 1964.

46,4 % de l'ensemble des maniaco-dépressifs constituant les P.S. de 1955 à 1964 vont entrer dans le G.S. 1966 et en représenter le 92,8 % (par rapport au total des maniaco-dépressifs).

Tableau 22

Mode de constitution du G.S. 1966 pour les arriérés par résorption des P.S. et en fonction des entrées.

Année d'entrée	Nombre d'entrées	P.S.	% des entrées formant le PS	G.S. 66
Avant 1940				14
1940 à 1949	164			10
1950 à 1954	69			6
1955	16	6	38 %	21
1956	26	11	42 %	
1957	24	8	33 %	
1958	16	13	81 %	
1959	9	4	44 %	
1960	9	3	33 %	2
1961	16	4	25 %	3
1962	41	2	4,9 %	2
1963	48	3	6,25 %	3
1964	29	7	24 %	7

En moyenne * environ 33 % des entrées d'une année se retrouvent dans le P.S. depuis 1955 à 1964

62 % de l'ensemble des arriérés constituant les P.S. de 1955 à 1964 vont entrer dans le G.S. 1966, mais n'en forment que le 56 % (par rapport au total des arriérés)

44 % des arriérés sédimentent à la clinique depuis 12 ans et plus.

* mais avec des fluctuations tout de même importantes

Tableau 23

Mode de constitution du G.S. 1966 pour les alcooliques par résorption des P.S. et en fonction des entrées.

Année d'entrée	Nombre d'entrées	P.S.	% des entrées formant le PS	G.S. 66
Avant 1940				1
1940 à 1949	222 + 45			-
1950 à 1954	249			1
1955	43	2	4,65 %	4
1956	48	4	8,33 %	
1957	45	4	8,88 %	
1958	57	5	8,77 %	
1959	53	2	3,77 %	
1960	68	1	1,47 %	1 (+1)*
1961	125	3	2,4 %	1
1962	110	4	3,63 %	2
1963	119	7	5,88 %	-
1964	121	5	4,13 %	3

En moyenne environ 5,2 % des entrées d'une année se retrouvent dans le P.S. depuis 1955 à 1964

29 % de l'ensemble des alcooliques constituant les P.S. de 1955 à 1964 vont entrer dans le G.S. 1966 et en former le 84,5 % (par rapport au total des alcooliques)

* un délirant chronique ayant une forte propension à s'alcooliser s'est retrouvé classé parmi les alcooliques.

Tableau 24

Mode de constitution du G.S. 1966 pour les psychopathes par résorption des P.S. et en fonction des entrées

Année d'entrée	Nombre d'entrées	P.S.	% des entrées formant le P.S.	G.S. 66
Avant 1940				2
1940 à 1949	446			1
1950 à 1954	340			1
1955	45	1	2,2 %	} 2
1956	85	3	3,5 %	
1957	71	3	4,2 %	
1958	82	2	2,4 %	
1959	110	3	2,7 %	
1960	118	-	-	-
1961	122	1	0,8 %	-
1962	84	1	1,19 %	1*
1963	77	1	1,29 %	-
1964	63	4	6,34 %	3

En moyenne environ 2,46 % des entrées d'une année se retrouvent dans le P.S. depuis 1955 à 1964

31,6 % de l'ensemble des psychopathes constituant les P.S. de 1955 à 1964 vont entrer dans le G.S. 1966 et en former le 60 % (par rapport au total des psychopathes).

* Il s'agit en fait d'un psychotique avec pratiques homosexuelles et comportement pseudo-psychopathique.

Tableau 25

Mode de constitution du G.S. 1966 pour "les autres cas" par résorption du P.S. et en fonction des entrées.

Année d'entrée	Nombre d'entrées			P.S.			G.S. 66		
	Epi.	Σ	autres	Epi.	Σ	autres	Epi.	Σ	autres
Avant 1940									
1940 à 1949	67	108	?				1	-	-
1950 à 1954	55	29	?				2	1	2
1955	11	3	100				}		
1956	13	6	77						
1957	13	3	121					-	-
1958	40	4	70						
1959	21	2	69						
1960	5	10	70	-	1	3	-	-	-
1961	15	?	122	1	1	4	-	-	1
1962	18	?	196	2	-	2	-	-	1
1963	23	?	179	2	1	6	2	1	2
1964	?	?	275	1	-	3	1	-	1

Mode de constitution du Grand sédiment 1966 à partir des petits sédiments des années précédentes

	Démences	Schizo.	Dél. chron.	M. -D.	Arrié- rations	Alcool.	Psychop.	Epilepsie	Syphilis	Autres	Total	G.S. 66
Des entrées faites avant 1940 le GS 66 est constitué par	1	19	3	-	14	1	2	-	-	-		40
Idem de 1940 à 1949	2	16	4	1	10	-	1	1	-	-		35
Idem de 1950 à 1954	2	9	1	-	6	1	1	2	1	2		25
Des P.S. de 1955 à 1959 le G.S. 66 est constitué par	117 2	21 7	13 3	9 1	42 21	17 4	12 2	3 -	5 2	17 -	256	41
Du P.S. 1960 le G.S. 66	33 2	5 3	2. -	- -	3 2	1 1	- -	- -	1 -	3 -	48	8
Du P.S. 1961 le G.S. 66	27 4	9 2	3 1	6 2	4 3	3 1	1 -	1 -	1 -	4 1	59	14
Du P.S. 1962 le G.S. 66	39 9	5 6	5 -	2 1	2 2	4 2	1 1	2 -	- -	2 1	62	22
Du P.S. 1963 le G.S. 66	52 16	14 4	6 5	6 4	3 3	7 -	1 -	2 2	1 1	6 2	98	37
Du P.S. 1964 le G.S. 66	53 28	6 4	4 2	5 5	7 7	5 3	4 3	1 1	- -	3 1	88	54
												276

Ainsi sur les 276 patients formant le GS 66, 100 patients sont entrés à Bel-Air avant 1955, soit le 36,2 %, donc plus du tiers du GS 66 est constitué par des malades ayant déjà 12 ans de séjour et davantage.

Ce sédiment formé avant 1955 et vieillissant jusqu'à fin 1966, est composé dans sa grande majorité de malades psychotiques et arriérés, soit 52 psychotiques et 30 arriérés (donc le 82 %), les 18 malades restant étant représentés par 5 déments, 1 mélancolique dit d'involution avec démentification ultérieure, 2 alcooliques (dont un débile ou schizophrène (?) avec alcoolisation secondaire, l'autre présentant une épilepsie alcoolique vraisemblable), 4 personnalités psychopathiques (dont en fait 2 paranoïaques, un psychopathe avec alcoolisme, un gros caractériel et inadapté social sur fond d'arriération intellectuelle), 3 épileptiques graves, 1 PG et 2 "divers".

A une très forte majorité les patients présentant des syndromes démentiels de la sénilité et entrant dans le GS 66, proviennent d'entrées survenues en 1962; 1963 et 1964, soit 53 déments (le 80 %) pour un total de 66.

L'encombrement du GS 66 par les démences est donc surtout réalisé par des entrées remontant jusqu'à cinq ans en arrière. Pour les catégories diagnostiques que nous avons regroupées sous la dénomination "autres cas", nous constatons que sur un total de 54 patients appartenant au GS 66, 27 d'entre eux, soit le 50 %, sont entrés en clinique entre 1962 et 1964, parmi lesquels nous trouvons 10 maniaco-dépressifs, 5 alcooliques, 4 psychopathes, 3 épileptiques, 1 PG et 4 "divers".

Le 50 % restant, constitué par des malades entrés avant 1962 se répartit en 4 maniaco-dépressifs, 8 alcooliques (inclus des patients atteints de complications neuro-psychiatriques de l'alcoolisme), 6 psychopathes, 3 épileptiques, 3 PG et 3 "divers".

En considérant chaque catégorie diagnostique dans son mode de constitution du GS 66, il apparaît dans le groupe des schizophrènes et délirants chroniques que sur 87 patients (69 schizophrènes dont 27 hommes et 42 femmes; 18 délirants chroniques dont 3 hommes et 15 femmes), 52 patients (soit le 59 %) ont déjà commencé de sédimenter avant 1955, vieillissant ainsi avec l'institution jusqu'à fin 1966, et 36 patients (soit le 41 %) sont issus des PS de 1955 à 1964, représentant le 38,7 % de l'ensemble des malades ayant appartenu à ces PS et le 2,6 % du total des "entrées" depuis 1955 pour ce groupe diagnostique.

La comparaison entre GS 64 et GS 66 met en évidence l'effort de mobilisation entrepris, plus particulièrement auprès des malades femmes. En 1964, 86 schizophrènes (30 hommes et 56 femmes) et 31 délirants chroniques (4 hommes et 27 femmes) appartiennent au GS. En 1966, 69 schizophrènes (27 hommes et 42 femmes) et 18 délirants chroniques (3 hommes et 15 femmes). Le GS 66 se trouve donc allégé par rapport à celui de 1964 de 17 schizophrènes (3 hommes et 14 femmes) et de 13 délirants chroniques (1 homme et 12 femmes).

En outre 83 % des "schizophrènes et délirants chroniques" du GS 66, soit 72 patients sur 87, appartenaient déjà au GS 64. Sur les 117 "schizophrènes et délirants chroniques" du GS 64, 87 patients sont entrés avant 1955, et sur les 87 "schizophrènes et délirants chroniques" du GS 66, 52 patients sont entrés avant 1955. Nous remarquons ainsi avec surprise que sur les 45 patients du GS 64 qui ne sont plus retrouvés dans le GS 66, 35 d'entre eux avaient plus de 10 ans de séjour à la clinique, ce qui représente une réduction du vieux sédiment des psychotiques (hospitalisation depuis plus de 10 ans) de 41 % en 2 ans.

Dans le groupe des psychoses maniaco-dépressives (le nombre beaucoup plus restreint de malades entrant en ligne de compte dans le GS, nous a incité à rechercher avec précision le diagnostic de chacun) sur les 14 patients appartenant au GS 66, 13 patients proviennent du PS de 1955 à 1964, et représentent le 46,4 % de l'ensemble des cas ayant constitué ces PS et environ le 2 % de toutes les "entrées" de maniaco-dépressifs depuis 1955.

Ainsi nous trouvons qu'un patient est entré à la clinique en 1940 à l'âge de 55 ans, avec un diagnostic de mélancolie d'involution évoluant vers une démentification ultérieurement. Les autres malades se répartissent pour les femmes en une dépression d'involution de plus de 65 ans, 2 mélancoliques de plus de 65 ans, 2 mélancoliques de moins de 65 ans avec premier épisode tardif, l'une ayant été considérée antérieurement comme une névrose de caractère grave avec symptomatologie phobique prévalente, enfin 3 maniaco-dépressifs graves de moins de 65 ans avec cycles très rapprochés.

Pour les hommes nous trouvons un maniaque atypique (schizo-maniaque) de plus de 65 ans, un mélancolique de plus de 65 ans, un mélancolique dit d'involution de plus de 65 ans, un syndrome de Cottard et un mélancolique récidivant de moins de 65 ans. Dans l'ensemble nous sommes assez frappés par la moyenne d'âge plutôt élevée de ces patients. Sans que cela paraisse très significatif nous signalons encore qu'une comparaison entre le GS 64 et le GS 66 fait apparaître une augmentation des maniaques-dépressifs (+ 5) alors que le GS a subi une diminution (- 25) de 1964 à 1966, soit le 8,30 % pour l'ensemble sur 2 ans.

Dans le groupe diagnostique des syndromes démentiels de la sénilité nous pouvons constater que sur les 66 déments du GS 66, 53 patients, (soit le 80 %) issus des PS 62, 63 et 1964, représentent le 36 % de l'ensemble des malades ayant appartenu à ces PS et le 8,8 % du total des "entrées" de déments de 1962 à 1964 inclus.

En rappelant que ce GS 66 est formé pour les déments de patients ayant appartenu au GS 64, au PS 63 (16 patients sur 52) et au PS 64 (28 patients sur 53), nous voyons qu'aux 63 patients du GS 64 sont venus s'ajouter 44 patients, et nous pouvons déduire que sur les 66 patients du GS 66, 22 patients seulement (soit le 33 %) appartenaient au GS 64, que 41 patients du GS 64 ne sont plus à la clinique à fin 1966, de même que 36 patients du PS 63 et 25 patients du PS 64.

Ce renouvellement considérable en 2 ans de la population des séniles du GS est bien sûr fonction de l'âge et de la nature même du processus morbide, mais il nous fait peut-être mieux saisir l'écart moindre, observé dans l'évolution du PS et du GS au cours des dernières années, que par exemple dans les catégories des psychoses et (comme nous le verrons plus loin) des arriérés où les différences sont beaucoup plus marquées entre PS et GS de par l'existence d'un contingent de malades ayant vieilli depuis des années en clinique.

Pour les arriérés nous remarquons que 30 patients (44 %) sur les 68 patients appartenant au GS 66 ont commencé à sédimenter avant 1955 et que les 38 entrées (56 %) vieillissant avec l'institution à partir d'années comprises entre 1955 et 1964 représentent le 62 % du total des arriérés entrés dans la formation de ces PS de 1955 à 1964.

Toujours à partir de 1955, le 16 % des entrées d'arriérés ont sédimente jusqu' à fin 1966.

Il apparaît donc nettement que cette catégorie diagnostique est celle qui, proportionnellement au nombre d'entrées, a le plus tendance à alourdir le sédiment.

Pour les alcooliques nous rappelons que les "entrées" à Bel-Air ne participent que dans une certaine mesure à l'ensemble des hospitalisations de ces malades retrouvés en grand nombre dans les différents services des hôpitaux généraux. Il est admis que 20 à 40 % de tous les hommes adultes soignés dans les services de médecine interne à Genève présentent des signes d'alcoolisme chronique.

Il n'en reste pas moins que dès 1961 les entrées d'alcooliques à Bel-Air ont pratiquement doublé par rapport aux années précédentes (53 patients en 1959; 68 patients en 1960; 125 patients en 1961). Nous n'avons pas retrouvé de causes précises à ce phénomène, mais serions tentés de l'attribuer à la réputation de plus grande humanisation de la clinique psychiatrique et au "rejet" avec moindre culpabilité de la part des internistes.

A noter que les alcooliques sont peu nombreux à entrer dans les PS (2 patients dans PS 37; 2 patients dans PS 47; 2 patients dans PS 55; 7 patients dans PS 63; 5 patients dans PS 64). La place relative plus importante qu'ils occupent dans ces PS est en fait déterminée par les variations évolutives d'autres groupes nosologiques.

Dans le GS 66, nous trouvons 14 malades, dont 6 déments alcooliques, 4 alcooliques chroniques invétérés, 4 alcooliques chroniques répartis comme suit : 1 débile exhibitionniste, 1 psychopathe débile avec épilepsie greffée et démentification, enfin 1 alcoolique dont l'étiquette diagnostique a prévalu sur celle de délire chronique.

La moyenne d'âge relativement basse avec 2 patients âgés de plus de 65 ans, ne doit pas nous faire oublier qu'un certain nombre de déments alcooliques et même de Korsakoff ont pu être parfois comptés dans la catégorie des syndromes démentiels de la sénilité.

Environ le 5,2 % des entrées d'une année vont appartenir au PS dont le 29 % (de l'ensemble des cas d'alcoolisme des PS de 1955 à 1964) constituant environ le 92 % des alcooliques du GS 66, 8 % provenant d'hospitalisations d'avant 1955.

L'envahissement de la clinique par les malades alcooliques n'est pas le fait du PS ou du GS qui n'en sont qu'un reflet, mais ressortit à l'importance prise par ces patients dans les catégories de durée de séjour de 2 à 6 mois. Un sondage effectué en janvier 1968 dans la division des hommes de moins de 65 ans, a montré que sur 250 malades il y avait 50 alcooliques dont 25 chroniques et détériorés.

Un sondage en septembre 1969 nous donnait sur 201 malades 46 alcooliques chroniques, 6 démences et Korsakoff. Sur les 46 alcooliques chroniques, 26 apparaissaient très détériorés.

Cette proportion de 20 % d'alcooliques par rapport à l'ensemble de la population des hommes de moins de 65 ans simultanément en soins nous donne la véritable dimension du problème.

La catégorie des psychopathes englobe des structures de personnalité diverses, dont l'altération détermine un mode de comportement reconnu bien souvent comme seul critère diagnostique.

En chiffre absolu le nombre de psychopathes sédimentant à Bel-Air est faible et leur augmentation dans les PS de 1937 à 1964 apparaît surtout relative aux changements de la composition de ces PS.

La plupart des psychopathes semblant vieillir hors de clinique sans y revenir (d'où l'intérêt d'études catamnestiques) on peut se demander de façon hypothétique si par tassement, épuisement de leur impulsivité au contact des réalités et peut-être aussi par un processus très lent de maturation affective ces malades n'arriveraient pas au fil des années à une certaine prise de conscience leur permettant de faire la part des choses.

Pour Bel-Air environ le 2,6 % des entrées d'une année se retrouvant dans le PS dont les 31,6 % (somme des cas des PS de 1955 à 1964) entrent dans la formation du GS 66 en constituant le 60 % - les 40 % restant proviennent d'entrées faites avant 1955.

En recherchant de manière précise quels malades psychopathes appartiennent tant aux PS de 1955 à 1964 qu'au GS 66, nous avons la demi-surprise de trouver qu'à l'exception d'un caractère d'asociabilité ils n'ont vraiment pas grand-chose en commun. Ainsi dans le GS 66 nous trouvons 6 patients hospitalisés à la clinique avant 1959, dont 2 paranoïaques (!), un patient présentant des troubles caractériels sur fond de débilité et d'inadaptation sociale; une personnalité dite psychopathique avec alcoolisme secondaire (?); un psychopathe débile, meurtrier, puis lobotomisé (classé antérieurement parmi les débiles); une psychopathe débile (classé antérieurement parmi les débiles).

Parmi les 4 patients ayant sédimenté depuis 1962 : un psychotique avec pratiques homosexuelles et comportement psychopathique; un psychopathe; deux psychopathes dont l'évolution a été marquée par de longues périodes de comportement psychopathique, entrecoupées d'épisodes relativement brefs de décompensation psychotique.

Dans leur grande majorité les psychopathes font des séjours hospitaliers de brève à moyenne durée, mais tendent à davantage de réadmissions ces dernières années.

Enfin, nous ne nous étendrons pas sur la catégorie diagnostique des "divers" comprenant dans le GS 66 6 épileptiques graves et détériorés, 4 PG, 5 patients classés avec le diagnostic d'affection organique cérébrale en dehors des processus démentiels de la sénilité, et 2 névroses graves dont une probable psychose maniaco-dépressive atypique.

Pour les patients présentant des troubles mentaux symptomatiques d'une affection organique, l'accroissement des entrées se rapproche sensiblement du taux d'augmentation de la population de Genève.

Les autres catégories diagnostiques regroupent un nombre de malades trop faible pour que les modifications soient significatives.

L'analyse du mode de constitution du GS 66 nous permet de mieux saisir les particularités évolutives propres à un PS et à un GS.

Ainsi proportionnellement au nombre d'entrées annuelles pour chaque catégorie diagnostique de 1955 à 1964, ce sont les arriérés suivis des déments qui ont le plus tendance à entrer dans la formation du PS, environ 3 arriérés sur 10 et 2 ou 3 déments sur 10. Viennent ensuite les schizophrènes environ 6 sur 100, les alcooliques 5 sur 100, les manico-dépressifs 4 sur 100, et les psychopathes 2 sur 100.

Une fois passés dans un PS les malades que nous retrouvons en importance décroissante dans le GS (calcul établi pour les patients entrés en clinique entre 1955 et 1964 et toujours présents au 31.12.1966) sont les arriérés 6 sur 10, les manico-dépressifs 4 à 5 sur 10, les schizophrènes 4 sur 10, les déments 2 sur 10 (mais déjà 8 sur 10 pour des séjours de 2 à 5 ans), les psychopathes environ 3 sur 10 et les alcooliques environ 3 sur 10.

Après en avoir fait l'exposé détaillé et quelque peu ingrat, nous reprendrons maintenant l'ensemble de ces données numériques sous une forme résumée et les introduirons dans une discussion d'ordre plus général.

Résumé et discussion

En 1959 notre maître, le Professeur J. de Ajuriaguerra, prenait la direction de la clinique de Bel-Air à Genève et optait résolument pour une politique de libéralisation déjà amorcée par son prédécesseur, le Professeur Morel, déterminée par une conception moderne de la psychiatrie et rendue possible par l'usage du nouvel arsenal thérapeutique tant relationnel que biologique.

En nous référant largement à deux exposés et à des notes de travail non publiées, aimablement mis à notre disposition par le Dr Bürgermeister, nous rappellerons qu'au départ la nouvelle direction de la clinique posait trois principes de base

- 1) le maintien d'une direction unique
- 2) le refus de séparer les malades aigus des chroniques
- 3) le refus, dans la mesure du possible, d'augmenter le nombre de lits.

Le principe du maintien de la direction unique posait que quelle que soit l'extension à venir des services d'assistance extrahospitalière, l'hospitalier et l'extrahospitalier ne doivent pas être séparés ou opposés et que sous une direction unique ces deux formes d'assistance doivent se compléter.

Le deuxième principe du refus de séparer les malades aigus des chroniques procède essentiellement de ce que dans un hôpital trop grand où se trouveraient séparées des unités psychiatriques aiguës et chroniques, il existe le grave inconvénient d'accepter et d'organiser la chronicité et de créer ainsi une nouvelle ségrégation interne, alors que la prise en charge sans présélection de la totalité des patients impose à l'hôpital un rythme d'activité pouvant entraîner l'ensemble de la population hospitalière.

Le troisième principe consiste à refuser l'augmentation automatique des lits indexés sur l'augmentation des admissions, ce pour faciliter la mise à disposition nécessaire d'un ensemble de dispositifs d'assistance pour la masse croissante des malades. A l'intérieur de l'hôpital il s'agissait donc de "transformer plutôt qu'agrandir", d'investir en augmentant le personnel plutôt que les lits.

Ce sont les conséquences à moyen et plus long terme de ces options confrontées aux exigences de la réalité et aboutissant à certains compromis, et les besoins ainsi créés, qui ont déterminé le type de notre étude limitée au secteur hospitalier. Au cours de ces dernières années, en effet, est née l'impression un peu décourageante que dans le dispositif d'assistance psychiatrique mis en place à Genève si l'on voulait faire face à l'augmentation toujours croissante des admissions à la clinique de Bel-Air tout en s'efforçant de freiner l'accroissement du nombre de lits (environ 700 à disposition), la réduction certes possible et nécessaire, des durées de séjour devenait non seulement indispensable, mais obligeait à faire tourner toujours plus vite dans un nombre restreint de lits certaines catégories de patients, parfois aux dépens des soins et de la préparation des sor-

ties, trop hâtives et trop souvent suivies de retour. La nécessité impérieuse de libérer des lits conduisait aussi à un effort de mobilisation, souvent heureuse, mais parfois trop précipitée, de malades chroniques ayant vieilli avec l'institution. Enfin simultanément on assistait à l'encombrement progressif et inquiétant de la clinique par divers groupes nosologiques représentés surtout par les déments, les alcooliques, les arriérés et les psychopathes, ce qui ne pouvait manquer de faire accroître le risque de ségrégation interne.

La résultante de ces trois mouvements :

- l'accroissement des admissions
- l'essoufflement de la tendance à raccourcir les durées de séjour
- la difficulté d'alléger toujours davantage le sédiment hospitalier constitué par les malades chroniques

apparaissait devoir logiquement entraîner une recrudescence du besoin en lits, sinon mener à une impasse.

D'autre part les changements intervenus dans la structure de la population de la clinique conduisaient à se poser la question de savoir pour quels types de malades l'organisation hospitalière était réellement efficace et pour quels groupes pathologiques la clinique (ou éventuellement les cliniques) des 20 ans à venir devait être aménagée.

Il était donc devenu important de mieux comprendre les fluctuations tant quantitatives que qualitatives de l'évolution de l'hôpital psychiatrique au cours de ces dernières années à la fois pour rendre plus consciente et partant plus efficace notre action quotidienne, d'autre part pour essayer de prévoir et préparer l'avenir.

Nous avons ainsi cherché à recueillir un certain nombre de données valables pour la clinique de Bel-Air dont la situation particulière (et privilégiée pour ce type d'étude) d'hôpital psychiatrique unique pour une population urbaine d'environ 300.000 habitants a été précisée au début de ce travail.

Après avoir exposé et complété par quelques données nouvelles les résultats d'études menées parallèlement aux nôtres sur les premières entrées et les ré-admissions, nous avons tenté de les intégrer à notre recherche sur le sédiment.

Il est ressorti plusieurs constatations importantes dont la première est l'augmentation massive des entrées à l'hôpital psychiatrique. De 1947 à 1964 les premières admissions ont augmenté de 139 % alors que la population genevoise augmentait de 47 % dans le même temps et le nombre de lits psychiatriques disponibles d'environ 50 %, ce phénomène se traduisant par une diminution de la population des malades simultanément en soins à l'hôpital, diminution bien sûr relative par rapport à l'accroissement démographique et à l'augmentation des admissions. En confrontant le rapport des lits pratiquement inchangé de 2,2 à 2,3 pour 1000 habitants et le taux d'admissions totales passant en revanche de 1,8 à 3,17 pour 1000 habitants, on peut parler d'une amélioration de "la capacité d'absorption", c'est-à-dire du rapport entre les lits disponibles et le nombre d'admissions annuelles absorbées par ces lits.

Nous relevons que ce progrès n'est pas lié à une diminution des durées de séjours pour tous les malades, en particulier des séjours brefs qui ont très peu changé de 1947 à 1964, mais porte surtout sur une diminution des séjours moyens (dépassant 1 an) et sur la réduction de la place occupée par le sédiment.

A remarquer aussi que de manière inattendue l'augmentation des admissions n'est due que pour une faible part à l'augmentation des réadmissions. De 1947 à 1964 les réadmissions ont passé de 30 à 35 % du nombre total des admissions. Cette faible augmentation a été le fait d'une multiplication des séjours répétés, alors que la proportion des malades à séjour unique restait remarquablement stable (93,05 en 1947 et 93,35 en 1964).

Sur une plus longue période, de 1937 à 1964 (selon notre choix différent des années de référence pour ce type d'étude) le pourcentage des lits bloqués à l'année passait de 90 % à 73 % de l'ensemble des lits à disposition.

L'analyse de la tendance évolutive des principales catégories diagnostiques dans le mouvement des admissions et des réadmissions a permis de faire les observations suivantes :

Pour les premières admissions.

Le fait le plus significatif a été la fréquence croissante des hospitalisations pour des troubles d'origine névrotique. Ce groupe diagnostique pratiquement absent de l'hôpital psychiatrique il y a 20 ans y occupe actuellement la première place.

Autre groupe diagnostique contribuant à gonfler les entrées de manière inquiétante, les syndromes démentiels de la sénilité, déjà fortement représentés en 1947, ont doublé pour les femmes et triplé pour les hommes en 1964.

Les autres catégories apparaissent soit en progression parallèle à l'augmentation générale des premières entrées (maniaco-dépressifs, psychopathes, oligophrènes, alcooliques), soit en progression parallèle à l'augmentation de la population (schizophrènes).

Pour les réadmissions qui n'ont augmenté que de 30 % à 35 % par rapport au total des entrées en 1947 et 1964 (des sondages sur les années intermédiaires ayant confirmé ces chiffres) nous avons pu mettre en évidence que cette faible variation dépendait surtout de l'accroissement considérable des premières entrées de "démenances" et de "névroses", bien supérieur en chiffres absolus à celui des réadmissions au sein de ces deux groupes.

Dans l'évolution de l'ensemble des affections à réadmissions, l'importance relative de plusieurs catégories diagnostiques s'est modifiée de façon notable entraînant un profond remaniement dans la composition de la population hospitalière "intermittente chronique". A relever la place toujours plus grande occupée par les syndromes démentiels pour les deux sexes, les névroses, les psychopathes hommes et les arriérations chez les femmes, la place à peu près inchangée tenue par les alcooliques, enfin la place moindre, mais relativement aux autres, attribuée aux schizophrènes, délirants chroniques et maniaco-dépressifs.

En revanche un sondage sur l'évolution propre à plusieurs groupes pathologiques dans leur participation aux réadmissions montre une augmentation significative du taux des réadmissions par rapport aux entrées dans la plupart des catégories diagnostiques, exception faite pour les schizophrènes hommes et les arriérés hommes chez lesquels le taux ne varie pour ainsi dire pas, et les maniaque-dépressifs hommes pour lesquels il tendrait plutôt à diminuer.

Après cette première analyse des tendances évolutives du mouvement des admissions et réadmissions a été abordée l'étude des durées de séjours, de la mobilité et du sédiment.

Il devenait nécessaire de mieux comprendre comment la clinique de Bel-Air a pu faire face au considérable accroissement du nombre d'entrées annuelles (309 % de 1937 à 1964) avec une augmentation de lits de 68 % seulement (421 lits en 1937 pour 228 entrées, 708 lits en 1964 pour 933 entrées).

Une approche relativement précise du problème a pu se faire en déterminant la durée moyenne des séjours de tous les malades admis à Bel-Air en 1937 et 1964, ce qui a permis d'établir le nombre théorique de lits nécessaire au mouvement des diverses classes de durée de séjours et de reconstituer des unités de 100 lits selon les données fournies respectivement par les années 1937 et 1964.

De la comparaison il est ressorti qu'en 1937 le 90 % des lits de la clinique étaient immobilisés à l'année pour 73 % en 1964, que le 3 % des lits en 1937, le 8 % en 1964 avaient une faible mobilité (séjours de 7 à 12 mois) et que la presque totalité du mouvement des malades se faisait avec le 7 % des lits en 1937 (soit 30 lits environ sur les 421 à disposition) et avec le 19 % des lits en 1964 (soit 140 lits environ sur les quelque 700 à disposition).

Le taux d'occupation de ces lits à grande mobilité (séjour jusqu'à 6 mois) était de 5,3 en 1937, de 5,5 en 1964.

L'interprétation de ces derniers chiffres pourrait faire penser à une augmentation relativement faible du taux de mobilité si dans leur interprétation on ne tenait compte de la disproportion entre l'accroissement des entrées et l'augmentation des lits. L'équilibre n'a donc pu se maintenir que par un effort constant porté sur la limitation des durées de séjours des nouvelles entrées et sur l'allègement du poids constitué par la population des malades se chronicisant dans l'institution, c'est-à-dire le sédiment hospitalier. L'équilibre ainsi maintenu est néanmoins apparu très fragile.

A propos des modifications survenues dans la structure de la population de ce sédiment hospitalier, nous avons montré que l'importance du PS (séjour de 1 à 2 ans) devenait supérieure en quantité numérique absolue (41 patients en 1937, 89 patients en 1964), mais, par rapport au nombre d'entrées annuelles, avait nettement diminué en pourcentage depuis 1937 (18 % des entrées de l'année) pour se stabiliser de 1955 à 1964 (9,6 % environ des entrées de l'année).

La population de ce PS, analysée dans son aspect nosologique, a montré, au cours de ces dernières années, de profonds changements dans sa composition avec au premier plan la place toujours plus grande occupée par le groupe des démences (soit environ le 30 % du PS en 1937, environ le 60 % du PS en 1964, la

place moindre tenue par les psychoses (soit environ le 50 % du PS en 1937, environ le 17 % du PS en 1964, enfin davantage comme effet de variations des autres groupes pathologiques dont celui des "divers" (épilepsie, troubles mentaux dus à la syphilis, etc.), l'importance relative croissante, mais avec fluctuations prise respectivement par les arriérés, les alcooliques et les psychopathes.

L'évolution du GS (malades faisant des séjours ininterrompus de 2 ans et plus) présente de nombreux points communs avec celle du PS, mais les variations se font dans des proportions différentes.

Ainsi, alors qu'entre 1937 et 1964 les entrées annuelles ont pratiquement quadruplé et que le nombre de lits n'a même pas doublé, le GS est représenté en 1937 par 289 malades, en 1964 par 301 malades, soit seulement 12 patients de plus.

Le GS qui occupait le 68 % des lits à disposition en 1937, n'en occupe plus que le 42 % en 1964.

De la comparaison il ressort que la population des femmes augmente par rapport à celle des hommes (en 1937, 55 % de femmes dans le GS pour 45 % d'hommes; en 1964, 63 % de femmes dans le GS pour 37 % d'hommes). Cela semble lié à l'accroissement net de la moyenne d'âge de la population du GS 64 par rapport au GS 37, avec l'augmentation relativement importante de la population féminine sénile (2,7 % du GS en 1937, 16,2 % du GS en 1964), mais aussi par le vieillissement dans l'institution d'un grand nombre de schizophrènes et d'arriérés.

L'analyse de l'aspect nosologique du GS permet des confrontations significatives dont l'augmentation des syndromes démentiels de la sénilité tant en chiffres absolus qu'en % de chaque sédiment considéré (en 1937, 10 patients représentaient le 3,5 % du GS; en 1964 63 patients représentent le 21 % environ du GS).

Dans le même temps on assiste à une réduction du nombre des malades schizophrènes et délirants chroniques.

(En 1937, 106 patients schizophrènes représentaient le 36,08 % du GS; en 1964 86 patients schizophrènes représentent le 28,57 % du GS).

En 1937 62 délirants chroniques forment le 21,45 % du GS; en 1964 31 patients ne forment plus que le 10,3 % du GS).

Moins démonstrative, compte tenu du mode particulier de recrutement des arriérés à la clinique de Bel-Air, n'en apparaît pas moins inquiétante l'importance accrue prise par ce groupe diagnostique au sein du GS de 1937 à 1964 avec augmentation tant en chiffres absolus qu'en % (en 1937, 45 arriérés représentent le 15,57 % du GS; en 1964 71 arriérés représentent le 23,58 % du GS).

Les groupes des maniaco-dépressifs, des alcooliques et des psychopathes n'ont pratiquement pas varié en chiffres absolus de 1937 à 1964 et leurs variations minimales en % apparaissent surtout relatives à la diminution ou à l'augmentation des autres groupes pathologiques.

L'augmentation des entrées pour ces trois catégories diagnostiques n'a donc pas déterminé une surcharge du GS, mais leur charge reste la même.

La pathologie particulière de la psychose maniaco-dépressive explique sa place modeste à l'intérieur du GS.

Dans le groupe des alcooliques nous nous attendions à une augmentation des patients atteints de complications neuro-psychiatriques de l'alcoolisme.

Or, il semble bien que cette augmentation se produise, mais apparaît en partie masquée par le fait que ces malades souvent âgés, ne sont pas toujours différenciés de ceux présentant des syndromes démentiels de la sénilité. De plus, pour certains alcooliques chroniques relativement peu détériorés, existe la possibilité certes malheureuse * d'un internement administratif en maison de buveur, mais parfois seule susceptible d'éviter l'alourdissement du sédiment.

S'il est aisé de comprendre la diminution du groupe de malades atteints de complications nerveuses de la syphilis, en revanche, l'observation de l'importance décroissante des épileptiques doit tenir compte, pour Bel-Air, du déplacement d'un certain nombre de ces patients dans des institutions spécialisées.

Ces deux derniers groupes entrant dans la catégorie dite des "autres affections" de notre petit sédiment, influençaient manifestement sa diminution.

Par contre dans le GS est notée l'augmentation peu importante de ce groupe dit des autres affections qui ne comprend plus, selon notre regroupement un peu différent des catégories diagnostiques, que les névroses graves, inexistantes en 1937, et les malades atteints de troubles mentaux symptomatiques d'affections organiques cérébrales, à l'exception des autres formes morbides déjà considérées.

Pour mieux saisir ces différences d'évolution dans la composition du PS et du GS, nous avons étudié le mode de formation d'un GS par résorption progressive du PS des années antérieures. Nous avons porté notre choix sur une analyse du GS 66, ce qui avait pour avantage de permettre une comparaison avec le GS 64 dont la composition nous était déjà connue.

Nous avons constaté que ce GS 66 par rapport à celui de 1964 s'est réduit de 8,30 % (301 patients en 1964 et 276 patients en 1966), que le changement a affecté surtout la population féminine (réduction de - 13,22 % de 1964 à 1966) alors que la population masculine compte un nombre de patients identique dans le GS 66 et le GS 64, dont les structures sont différentes tant pour les places relatives des différentes catégories diagnostiques que par le changement des patients eux-mêmes avec en particulier un important renouvellement des séniles.

A une très forte majorité (soit le 80 %) les séniles entrant dans la formation du GS 66 ont des séjours de 2 à 5 ans derrière eux, mais seulement le tiers de l'ensemble des déments du GS 64 se retrouvent encore dans le GS 66.

D'autre part plus du tiers (36,2 %) du GS 66 est composé de patients avant plus de 12 ans de séjours, dont 52 % de schizophrènes, 30 % d'arriérés et 18 % de divers.

* malheureuse, parce que ces établissements à caractère pénitentiaire le plus souvent assurent une détention sans véritable rééducation.

Environ 60 % de l'ensemble des schizophrènes et 44 % de l'ensemble des arriérés du GS 66 ont commencé de sédimenter avant 1955. Pour ces deux catégories diagnostiques il existe donc un vieux sédiment traîné comme un boulet par la clinique pendant des années.

83 % des schizophrènes et délirants chroniques du GS 66 (72 patients sur 87) appartenaient déjà au GS 64 (117 patients), mais en deux ans il y a eu réduction de 41 % de ce vieux sédiment des malades ayant plus de dix ans de séjour. Il y a donc eu épuisement spectaculaire de ce fond de malades chroniques dont on peut penser qu'il ira encore s'amenuisant de par la moyenne d'âge toujours plus élevée de cette population. Cela ne doit cependant pas prêter à équivoque. Il y a bien sûr un risque plus grand de mortalité pour ces malades, mais nous pensons surtout qu'ils bénéficient de l'effort considérable entrepris par notre équipe de gériatrie pour les placer à l'extérieur de la clinique.

En revanche, pour les arriérés la réduction du vieux sédiment (malades ayant plus de 10 ans de séjour) n'a été que de 19 % en deux ans.

Enfin, en considérant les modes évolutifs respectifs du PS et du GS, nous avons pu, de façon précise, mettre en évidence que de 1955 à 1964, proportionnellement au nombre d'entrées annuelles pour chaque catégorie diagnostique, ce sont les arriérés suivis des déments qui ont le plus tendance, et de loin, à entrer dans la formation du PS, environ 3 arriérés sur 10 et 2 à 3 déments sur 10, puis les schizophrènes environ 6 sur 100, les alcooliques 5 sur 100, les maniaco-dépresseurs 4 sur 100 et les psychopathes 2 sur 100. Mais dès qu'ils font partie d'un PS les malades qui auront le plus de chance de se retrouver dans un GS seront les arriérés 6 sur 10, les maniaco-dépresseurs 4 à 5 sur 10, les schizophrènes 4 sur 10, les déments 2 sur 10 (mais déjà 8 sur 10 s'il n'est tenu compte que des séjours n'excédant pas 5 ans), enfin les alcooliques environ 3 sur 10 et les psychopathes 3 sur 10.

En reprenant l'ensemble des données établies pour chaque catégorie diagnostique, nous pourrions alors peut-être mieux juger du degré d'efficacité de notre organisation hospitalière.

- Les schizophrènes et délirants chroniques continuent à être reçus à l'hôpital psychiatrique pour un premier séjour dans la même proportion qu'autrefois par rapport à la population. Leurs réadmissions sont un peu plus fréquentes, mais tendent à occuper une place moins importante dans l'ensemble des affections à réadmissions. Les durées de séjours hospitaliers diminuent de façon spectaculaire en même temps que se résorbe progressivement le vieux fond des malades chroniques, mais avec comme corollaire une charge plus lourde pour le secteur extrahospitalier. Le rôle de l'hôpital consiste toujours davantage à ne traiter ces patients que pendant les phases aiguës ou les poussées évolutives de leur maladie.

- Pour les maniaco-dépresseurs, les premières entrées sont en progression nettement supérieure à celle de la population, mais parallèle à l'augmentation du nombre total des premières entrées. Actuellement il n'est pas possible de préciser dans quelle mesure ce phénomène dépendrait d'une augmentation de l'indice de morbidité, d'une diminution de la tolérance de l'entourage et de la société, enfin d'une diminution des préjugés à l'égard de l'hôpital psychiatrique. Contrairement à une opinion souvent émise, le taux de participation aux réadmissions par

rapport aux premières entrées diminue de même que la place relative occupée par les maniaque-dépressifs au sein des autres groupes à réadmissions.

Comme conséquence du vieillissement démographique en général entrent dans le sédiment davantage de ces malades qui, avec l'âge, semblent moins accessibles à nos thérapeutiques et / ou commencent de se détériorer. De toute manière les maniaque-dépressifs bénéficient très largement des nouveaux traitements surtout biologiques, même si eux-ci n'empêchent pas et parfois semblent induire des rechutes.

- Les névroses ou affections apparentées de négligeables qu'elles étaient il y a 20 ans dans la population de l'hôpital psychiatrique, y occupent maintenant la première place parmi les premières entrées et une place importante parmi les affections à réadmissions. La tendance à la chronicité ou aux rechutes se manifeste sous la forme d'hospitalisations répétées, mais non d'hospitalisations chroniques. L'humanisation de l'hôpital psychiatrique, une meilleure offre de soins, la baisse des préjugés expliquent que ces malades acceptent maintenant un séjour hospitalier considéré comme une parenthèse occasionnelle dans un projet thérapeutique et non comme une fin à caractère désespérant. Cependant reste posé le problème de la prise en charge vraiment efficace à l'hôpital. Ces malades qui devraient tirer profit essentiellement de traitements faisant appel aux techniques relationnelles sont soignés par des médecins-assistants, certes encadrés par des aînés, mais le plus souvent au tout début de leur formation et dont beaucoup, de nationalité étrangère, connaissent encore de sérieuses difficultés linguistiques.

Si les déments continuent à gonfler considérablement les premières admissions en clinique, pour des raisons relevant de la politique suivie à Genève, ces patients malgré la chronicité de leur affection et l'absence de possibilités thérapeutiques occupent progressivement une place importante dans la population intermittente chronique de l'hôpital psychiatrique. Après un séjour en clinique des tiné à les rééquilibrer psychiquement et physiquement, ces malades âgés sont placés dans leur famille, dans des homes ou pensions spécialisées et cela s'est avéré une bonne solution tant sur le plan humain qu'économique, mais les limites de ce processus de mobilisation apparaissent quand l'effort porte sur des patients au niveau de détérioration plus accentué et dont les éventuelles sorties de l'hôpital sont plus fréquemment suivies de retours. Le progrès ne réside alors plus guère que dans le désencombrement très transitoire de l'hôpital, mais nécessaire au roulement accéléré des lits, avec ce que cela suppose du surcroît de travail, parfois un peu vain, pour les médecins et assistantes sociales.

Malgré leur participation accrue aux réadmissions, presque inexistantes il y a 20 ans, ces déments bloquent des lits sur de longues durées et sont en passe de supplanter les schizophrènes dans la population du sédiment. D'où la nécessité de dégagement déjà réalisé à l'intérieur de la clinique d'un service de gériatrie comportant une équipe soignante spécialisée capable de mieux s'engager et de se montrer plus efficace que par le passé, mais n'empêchant pas la "gériatrisation" progressive de la clinique.

Compte tenu de l'organisation particulière de Bel-Air qui n'admet qu'un nombre limité d'arriérés jeunes, les premières entrées d'arriérés sont en augmentation à peu près parallèle à celle du nombre total des premières entrées, donc nettement supérieure à l'accroissement de la population. La survie actuellement prolongée de ces patients et la nécessité de soins hospitaliers plus fréquents avec l'âge nous paraissent les raisons principales de ce phénomène. Le taux de participation aux réadmissions apparaît non modifié chez les hommes et accru chez les femmes, mais nous ne savons pas si cela procède d'un réel effort de mobilisation de la part de l'équipe soignante ou d'un degré variable de tolérance de l'entourage en dehors de l'hôpital. Pour se faire une idée plus précise, des études complémentaires devraient déterminer par rapport aux entrées la variation proportionnelle des sorties non suivies de réadmissions.

Il est par contre certain que cette catégorie diagnostique fournit en fonction du nombre d'entrées le plus de malades tendant aux séjours prolongés. Nous pensons que "la névrose institutionnelle" est responsable pour une bonne part de ce processus qui, avec la résorption trop lente d'un vieux fond de malades chroniques, se traduit finalement par un envahissement progressif de la clinique par ces arriérés.

- Les malades alcooliques sont reçus en toujours plus grand nombre à l'hôpital et cela apparaît surtout comme la conséquence de l'augmentation de l'alcoolisme chronique en Suisse. Le taux de participation aux réadmissions semble en légère augmentation du moins pour les malades qu'il a été convenu de dénommer "alcooliques chroniques simples", alors que la place occupée par le groupe nosologique au sein de l'ensemble des affections à réadmissions ne s'est guère modifiée. Les séjours chroniques de longue durée (un an et plus) concernent un petit nombre de patients, mais par le jeu des variations proportionnelles leur place devient plus importante parmi les groupes entrant dans la composition du PS.

Le poids que constituent les malades alcooliques pour la clinique porte surtout sur les catégories de durées de séjours compris entre 2 et 6 mois et la proportion de 20 % environ d'alcooliques dans la population des adultes hommes simultanément en soins, chaque jour donne la dimension réelle du problème et démontre notre manque d'efficacité dans la prise en charge.

Contrairement à d'autres catégories de malades on peut admettre que les alcooliques n'ont pas bénéficié de la nouvelle organisation socio-psychiatrique. Leur traitement à l'hôpital psychiatrique ne s'est pas modifié. Il est toujours conçu comme une succession absolument schématique de mesures thérapeutiques quand il ne débouche pas et plus souvent qu'on ne le pense sur notre participation compli- ce à des mesures administratives d'internement en maison de buveurs. Il s'agit en fait du problème de nos contre-attitudes, de celles de l'institution et de la société vis-à-vis de ces patients qui jusqu'à maintenant n'ont pas obtenu un statut de malade à part entière. Jugés encore selon des critères moraux, ils sont le plus souvent mal supportés et nous désespèrent au fond par la pauvreté imaginative et la monotonie du mode de solution qu'ils trouvent à leurs conflits. Si nous ne pouvons la modifier, cette situation va nécessairement s'aggraver et cette catégorie de malades va toujours davantage charger notre structure hospitalière.

- Autre phénomène inquiétant, la progression des premières admissions et des ré-admissions dans le groupe des psychopathes qui englobe comme nous l'avons vu des structures de personnalités diverses, mais ayant en commun un certain type de comportement.

Au seuil de tolérance abaissé dans la société pour ce genre de malades répondent les contre-attitudes de l'institution qui tend aussi à s'en débarrasser faute de moyen de prise en charge affective, mais parfois sous le prétexte fallacieux de suivre une politique de libéralisation qui prend alors un sens pervers. Ce double mouvement de rejet conduit finalement à faire entrer massivement ces patients dans la cohorte des intermittents chroniques. De plus là où la plupart des autres groupes pathologiques bénéficient de manière constructive des avantages mis à leur disposition par l'organisation libérale de la clinique, les psychopathes font exception en trouvant très rapidement au sein de l'hôpital un terrain d'adaptation par trop favorable à des activités perturbatrices. Pour la majorité d'entre eux nous devons bien reconnaître que la politique de libéralisation conduit à une impasse.

Par ailleurs chargeant surtout les catégories de durée moyenne de séjour, si les psychopathes entrent peu nombreux dans le sédiment, ils occupent néanmoins dans le PS une place relative plus importante que dans le passé.

Enfin, nous pouvons considérer comme peu significatives les variations observées dans les catégories diagnostiques restantes qui groupent un trop petit nombre de malades.

De cette analyse des changements intervenus dans le secteur hospitalier de l'assistance psychiatrique à Genève, nous nous sommes demandé quelles indications pouvaient être tirées pour le présent et l'avenir, mais d'emblée avons rencontré plusieurs obstacles.

Si le choix de la clinique de Bel-Air comme objet d'étude permet une confrontation relativement aisée de moments différents dans un même lieu lorsque l'équipe dirigeante demeure identique, des premières difficultés surgissent dans cette situation pourtant privilégiée, et à plus forte raison si les comparaisons portent sur des époques antérieures à une vingtaine d'années, du fait que souvent les diagnostics changent alors que les malades restent les mêmes, présentant une pathologie modifiée ou / et envisagée selon des conceptions nosographiques différentes.

D'autre part lorsqu'on essaye de procéder au décompte précis des patients par catégories diagnostiques, est retrouvée assez souvent la coexistence de plusieurs affections neuro-psychiatriques chez un même malade, ce qui oblige au choix d'un diagnostic prévalent. Pour ces raisons nous avons dû choisir des catégories relativement grossières et renoncer à une étude plus fine.

Ajoutons que la population de référence subit aussi une évolution qui échappe en partie à l'analyse. Si certains critères d'ordre très général peuvent être contrôlés par des données de recensement, des catégories plus nuancées (sociales, culturelles, religieuses, etc.) sont déjà beaucoup plus difficiles à analyser.

Par ailleurs en limitant notre étude au secteur hospitalier, nous ne pouvions avoir aucune prétention à dresser un bilan d'ensemble de l'évolution de l'assistance psychiatrique à Genève, qui devrait nécessairement tenir compte des réalisations obtenues et des problèmes posés par le secteur extrahospitalier.

A ce propos est soulevée la question du compte honnête des lits psychiatriques dans un secteur démographique donné. Il faut apprécier avec beaucoup de prudence les taux d'occupation de ces lits quand on sait que par exemple à Genève depuis quelques années des déments âgés et des malades chroniques (45 en 1966) sont placés dans de petites pensions sous surveillance médicale et que cela améliore d'autant nos statistiques. Ne devrait-on pas compter ces lits comme psychiatriques? Mais alors où faudrait-il s'arrêter? Les lits des malades sous régime d'hôpital de nuit devraient-ils être comptés ou non? Comment cette aide intermédiaire peut-elle en définitive être chiffrée? Et les problèmes se compliquent encore davantage quand on veut comparer la situation d'un hôpital à un autre dans son propre pays et à plus forte raison entre pays différents pour un ensemble de raisons politiques, sociales, économiques, culturelles, etc.

Le concept de maladie mentale n'a pas partout la même extension et nous rappellerons les difficultés soulevées par les références à des cadres nosographiques différents.

Toutes ces réserves montrent bien l'objectif modeste auquel peut prétendre un travail tel que le nôtre dans l'état actuel de nos moyens d'investigations. Nos données chiffrées ne permettent pas de véritables conclusions statistiques, seulement des confrontations suggestives entre divers ordres de grandeur, mais à notre avis suffisantes pour approcher de façon relativement objective la situation et les changements opérés au sein d'un hôpital donné.

L'augmentation des admissions à l'hôpital psychiatrique, c'est-à-dire l'augmentation du taux d'admission pour 1000 habitants, est un mouvement retrouvé à la clinique de Bel-Air comme partout à des degrés divers, mais qu'il faut bien se garder de considérer comme étant nécessairement l'indice d'une augmentation du taux de morbidité. L'hospitalisation n'est pas la maladie pas plus que la réadmission n'est la rechute. Une hospitalisation peut procéder aussi bien d'un épisode critique de la maladie que de facteurs externes dont essentiellement les changements souvent très variables du seuil de tolérance de l'entourage.

La baisse des préjugés à l'égard de l'hôpital psychiatrique lorsque les conditions de séjour se trouvent améliorées et l'offre des soins suffisamment dense et d'un coût abordable, alors qu'en même temps les services ambulatoires accroissent et perfectionnent sans cesse leurs possibilités de détection, contribue à transformer en consommation effective une demande latente de consommation médicale d'où l'extension des hospitalisations à de nouvelles couches sociales et nosographiques, dont l'exemple le plus frappant est la catégorie diagnostique des troubles d'origine névrotique.

La fréquence maintenue ou augmentée des réadmissions traduit certes des insuccès thérapeutiques, mais aussi une amélioration globale du système d'assistance.

Une politique hospitalière de libéralisation et de mobilisation pouvait entraîner le risque de voir se transformer un "système de porte ouverte sur la sortie" en un système de "porte ouverte dans les deux sens". Ce risque inhérent à une multiplication accrue des sorties paraît se vérifier à la clinique de Bel-Air pour la plupart des catégories diagnostiques et ne laisse pas de nous inquiéter, même

s'il a pu jusqu'à maintenant être relativement contrôlé et limité dans ses effets et permettre aux avantages du système de l'emporter sur ses inconvénients. Le groupe des "psychoses" et celui des "névroses" nous semble participer dans une mesure largement positive au mouvement de libéralisation. Le fait que les déments puissent entrer dans la population des intermittents chroniques montre que des essais de réintégration sont possibles à l'occasion d'un état d'équilibre relatif de ces patients et cette mobilisation de malades autrefois désespérément chroniques est alors un indice de progrès parce que traduisant surtout un changement d'attitudes de notre part avec refus de se résigner mais, nous ne devons pas nous leurrer, ce progrès reste minime si nous le considérons par rapport à l'augmentation toujours accrue des premières admissions dans cette catégorie diagnostique. Le groupe des arriérations n'a encore que faiblement participé à cette politique de mobilisation et reste à la remorque. Des alcooliques nous pouvons dire qu'ils demeurent à l'écart de ce mouvement. Quant aux psychopathes ils y participent largement, mais de manière négative. Leur augmentation dans la population psychiatrique "mobile" est bien sûr liée à celle des premières admissions, mais le taux sans cesse accru des réadmissions par rapport à l'ensemble des entrées dans cette catégorie témoigne de nos contre-attitudes et de celles de la société aboutissant au rejet de ce type de patients pour lesquels la carence de la prise en charge est certaine, mais qui trouvent un terrain d'adaptation relativement favorable dans un milieu hospitalier libéral, où les possibilités accrues de se retrouver ensemble renforcent chez chacun sa propre pathologie.

Si le nombre total des entrées annuelles à l'hôpital psychiatrique est en hausse considérable, la population des malades simultanément en soins a par contre relativement diminué. L'indice de progression des lits n'a pas suivi celui des admissions. Application voulue du principe de la limitation des lits pour favoriser un effort de mobilisation devant entraîner l'ensemble des malades et en même temps permettre le développement toujours amélioré des services d'assistance psychiatrique extrahospitaliers, cela a été rendu possible, en grande partie grâce aux nouveaux moyens thérapeutiques, par la réduction des durées de séjour et la diminution du nombre de lits occupés par le sédiment dont la composition s'est transformée de par l'importance prise par le groupe des démences et la réduction du groupe des psychoses, mais que le vieillissement de la population en général semble devoir à nouveau alourdir progressivement.

Si un certain équilibre a pu être réalisé jusqu'à présent par une accélération constante de ce mouvement, cet équilibre demeure précaire et tend à se maintenir aux dépens trop souvent de la qualité de la prise en charge médico-sociale hospitalière, ce qui semble alors grever inutilement les services extrahospitaliers.

La résultante des trois mouvements qui sont l'accroissement des admissions, l'essoufflement de la tendance à raccourcir les durées de séjours, la difficulté d'alléger toujours davantage le sédiment hospitalier dont la fuite n'est pas illimitée, semblerait donc à première vue devoir conduire logiquement à une recrudescence du besoin en lits.

Un essai d'extrapolation fait à Bel-Air en 1950 a abouti à des chiffres qui se sont révélés beaucoup trop élevés, et cela incite à une grande prudence dans ce genre de prévisions. Il est en effet bien difficile de dire sous quelle forme, dans quelle mesure et à quel moment une augmentation des lits peut devenir nécessaire. D'autre part de nouveaux progrès en pharmacologie ne sont nullement illusoire, qui pourraient nous réserver encore des surprises. L'attitude la plus constructive pour l'avenir semble devoir résider dans un refus de tout ce qui est susceptible de figer le système institutionnel et dans la nécessité de repenser sans cesse les problèmes avec mise en question permanente de notre action qui en définitive est toujours un compromis résultant de la confrontation de la réalité et de nos principes de base.

Ainsi l'envahissement actuel de l'Hôpital psychiatrique par les séniles et les arriérés qui tendent fortement à la chronicité, par les alcooliques et les psychopathes qui alourdissent constamment la population hospitalière simultanément en soins, freine le mouvement général de la clinique dont la tendance est déjà au rejet de ces catégories de patients dans une sorte de ségrégation interne avant d'essayer de les expulser. Le refus de séparer aigus et chroniques, de marginaliser au sein de l'institution certaines catégories par rapport aux autres, le refus aussi d'augmenter dans la mesure du possible le nombre de lits, semblent se heurter en fait à la réalité.

Il n'est pourtant pas question d'envisager la croissance démesurée de l'hôpital actuel. Idéalement il ne devrait pas dépasser 400 lits selon les normes établies par l'OMS pour un rendement optimum.

Pas davantage ne devrait être prise en considération la création d'un hôpital de chroniques (pour séniles et arriérés) avec ce que cela suppose de stagnation rapide et d'encombrement à la fois désastreux pour les patients et coûteux pour la société.

Pour éviter une telle solution de dégagement qui serait en fait un désengagement aboutissant à une nouvelle ségrégation, il faut absolument concilier la notion de dégagement avec celle de réengagement. On peut ainsi concevoir la création d'établissements spécialisés pour certaines catégories de patients à la condition sine qua none que la spécialisation du personnel, la spécificité des soins et de l'architecture permettent de maintenir sinon d'élever le niveau médical et scientifique atteint. En même temps ces systèmes hospitaliers devraient pouvoir s'articuler sur des systèmes extrahospitaliers également spécialisés. Ce type de solution est envisagé * par l'Etat de Genève pour les vieillards, et un projet est à l'étude en ce qui concerne les arriérés.

En revanche, pour les alcooliques la solution d'un dégagement spécialisé reste encore très controversée, parce que susceptible de donner à ces malades un statut marginal définitif. Dans un premier temps l'accent devrait être mis à notre avis sur le développement et l'intensification de l'aide médico-sociale extrahospitalière spécialisée.

* actuellement réalisé

Pour les psychopathes nous ne voyons actuellement guère d'autre solution que celle peu satisfaisante, mais probablement nécessaire, de diminuer leur participation à la vie libérale de la clinique par le retour à une attitude plus ferme et même contraignante qui aura peut-être pour effet d'émousser un peu la tendance aux séjours de plaisance ...

Nous serions ainsi plutôt pessimistes quant à l'avenir de la clinique de Bel-Air dont la gériatrisation progressive apparaît inéluctable en dépit de quelques mesures freinatrices momentanées.

Par ailleurs nous pensons que le recrutement du nouveau groupe des névroses et états apparentés devrait imposer l'aménagement d'architectures à la fois souples et légères, ainsi qu'une spécialisation toujours accrue du personnel et des soins permettant des prises en charge psychothérapiques plus fines. Nous pouvons aussi prévoir que dans le même temps notre vieux fond de psychotiques chroniques s'épuisera et sera assumé par les services extrahospitaliers, la clinique ne se destinant plus qu'aux traitements brefs et intensifs de psychotiques pendant les phases aiguës de leur maladie.

Enfin plus tard la solution de dédoublement de l'hôpital deviendra peut-être nécessaire, qui correspondrait à un dédoublement vertical du recrutement géographique et des services extrahospitaliers assurant à chaque unité son autonomie et une continuité d'ensemble, mais une telle solution n'aura vraiment de sens qu'après la mise en place extensive et très solide du dispositif d'assistance psychiatrique extrahospitalière.

A D D I T I F

Réalisée entre 1967 et 1969 notre étude sur l'évolution de la population de la clinique psychiatrique de Bel-Air se réfère à une période allant jusqu'à 1966. Des recherches du même ordre et considérant des années plus récentes se sont poursuivies à Genève selon la méthode que nous avons contribué à mettre au point. Il est donc devenu possible de savoir si les indications que nous avons faites pour l'avenir se sont trouvées justifiées ou non.

La résultante de ces trois mouvements que sont l'accroissement des admissions, l'essoufflement de la tendance à raccourcir les durées de séjour, la difficulté d'alléger toujours davantage le sédiment hospitalier constitué par les malades chroniques, semblait logiquement devoir entraîner une recrudescence du besoin en lits. D'autre part l'encombrement progressif de la clinique par les séniles, les alcooliques, les arriérés et les psychopathes nécessitait une prise en charge avec autant d'approches spécifiques, mais faisait courir le risque de nouvelles ségrégations. Comme il n'était pas question pour des raisons d'efficience d'envisager la croissance démesurée de l'hôpital actuel où l'équilibre jusqu'alors maintenu entre l'offre et la demande en lits devenait toujours plus précaire, le développement et le renforcement du dispositif d'assistance extrahospitalière représentaient une condition sine qua non pour freiner le mouvement des entrées en clinique, faciliter la diminution des durées de séjour, enfin alléger le poids constitué par les malades chroniques. Dans le secteur extrahospitalier un effort tout particulier devait être porté auprès des séniles et des toxicopathes, mais simultanément des solutions de dégagement sur un mode hospitalier étaient à trouver pour les séniles afin de ralentir la gériatrisation inéluctable de la clinique psychiatrique.

Pendant ces dernières années, en dépit de l'accroissement de la population résidente du canton de Genève qui a passé d'environ 250.000 habitants en 1960 à 325.000 en 1970, le nombre de lits nécessaires pour assurer l'hospitalisation des adultes âgés de moins de 65 ans n'a pas augmenté. Au contraire le nombre de lits de 416 en 1960 a passé à 397 en 1970 et cette légère diminution amorcée au cours de l'année 1970 s'est confirmée ultérieurement. Face à un nombre d'admissions plus que triplé pendant cette même période, les divisions de psychiatrie adultes "hommes" et "femmes" ont donc considérablement augmenté leur rendement. En 1970 le canton de Genève consacrait à la psychiatrie 1,2 lits par 10.000 habitants (âgés de moins de 65 ans). Ce chiffre nettement inférieur aux normes généralement admises n'a pu être obtenu que par un très gros effort réalisé dans le domaine extrahospitalier dont le développement massif tant du point de vue de l'ampleur des prestations que de celui de leur diversification a permis de 1960 à 1970 de tripler le nombre des consultations et le nombre des malades en soins des services extrahospitaliers.

Comme conséquence la durée des séjours à la clinique de Bel-Air a encore diminué (fig. 1) et surtout le nombre de lits occupés à l'année par un même malade a sensiblement régressé.

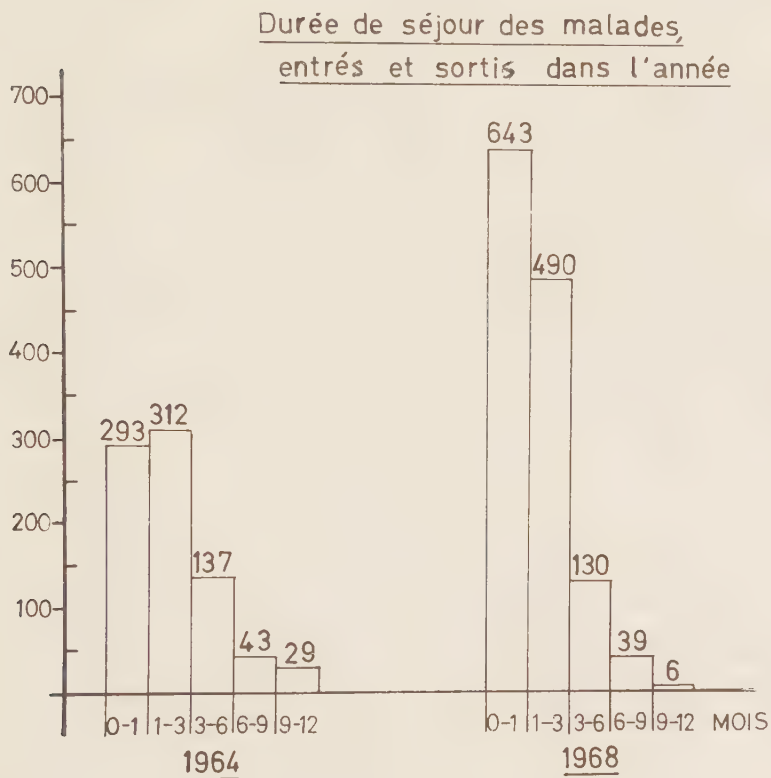
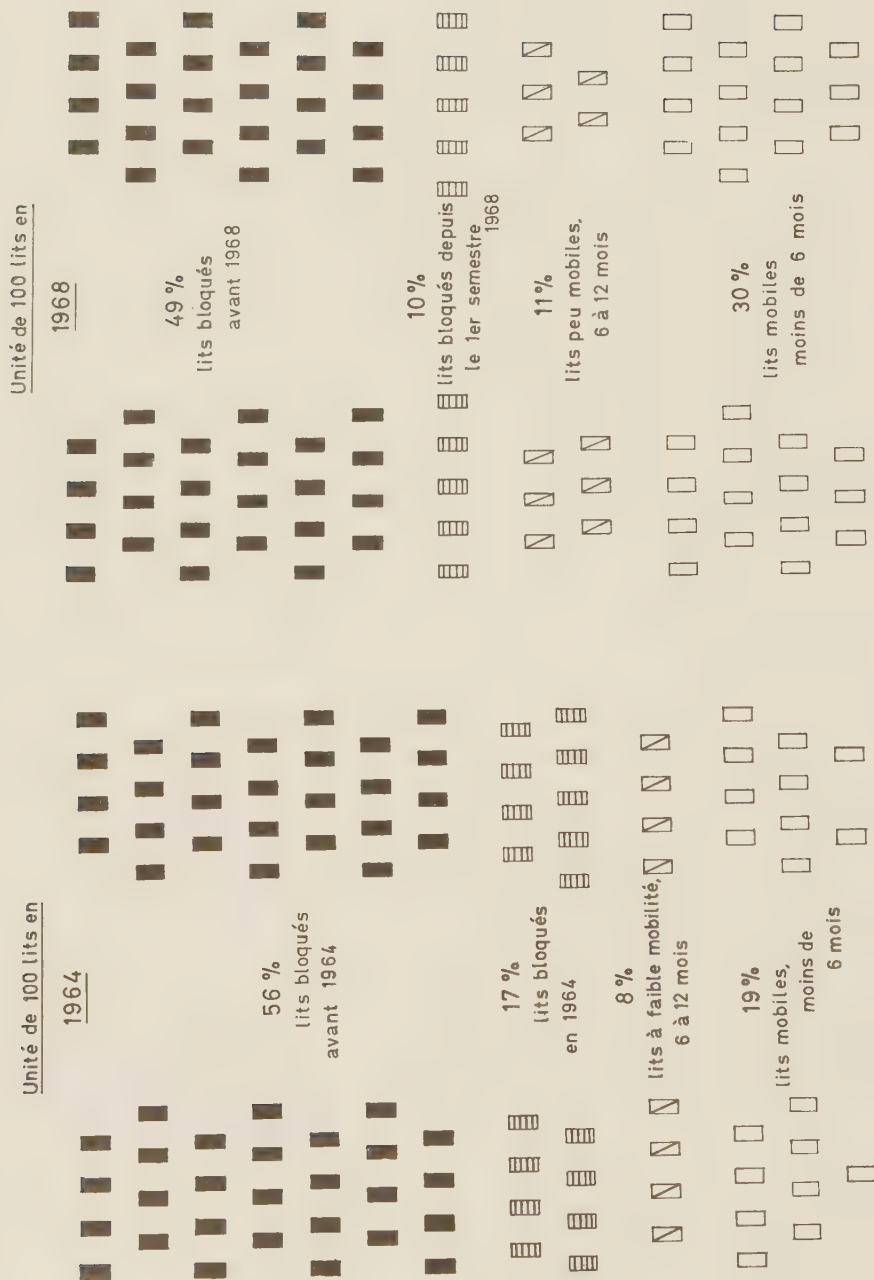


Fig. 1

Fig. 2



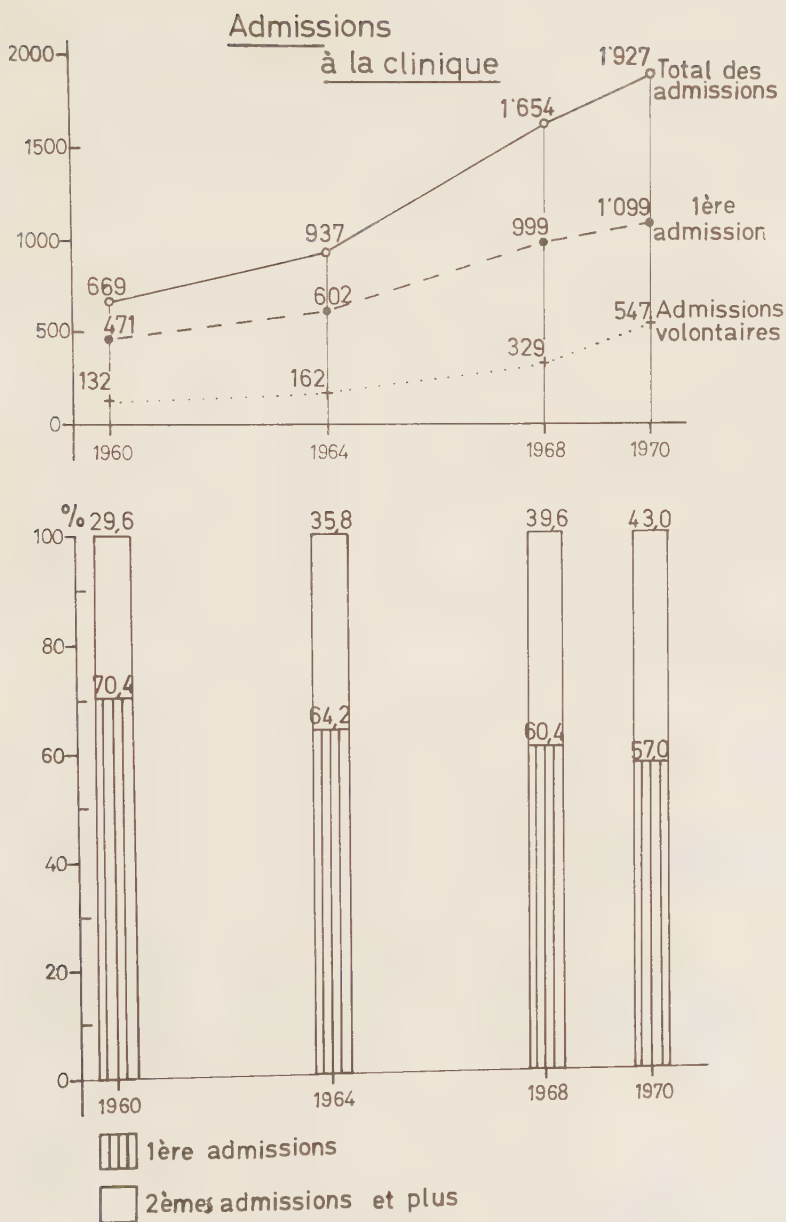


Fig. 3

La reconstitution d'une unité de 100 lits fictive, mais représentative, montre que le nombre de lits occupés à l'année par un même malade a passé de 56 % en 1964 à 49 % en 1968 et celui des lits à "grande mobilité" (occupés pendant moins de six mois) de 19 % à 30 % (fig. 2). En corollaire le nombre de réadmissions des patients ayant déjà séjourné à Bel-Air augmente. De 1960 à 1970 il passe de 30 % à 43 % de l'ensemble des admissions (fig. 3). Cette tendance évolutive semble d'ailleurs se poursuivre. A ce propos la comparaison est significative entre la répartition des lits au 31.12.1970 et au 31.12.1971, comme le montre le tableau suivant :

	1970		1971	
Lits bloqués par le grand sédiment au 31.12. *	227	31 %	210	29 %
Lits bloqués par le petit sédiment au 31.12. **	86	12 %	64	9 %
Total des lits occupés depuis plus d'une année	313	43 %	274	38 %
Lits mobiles	412	57 %	449	62 %
Nombre de lits de la cli- nique	725	100 %	723	100 %
Occupation annuelle moyenne des lits (fig. 4)	669	92 %	641	89 %

* malades occupant des lits de façon ininterrompue depuis plus de 2 ans

** malades entrés dans l'année considérée et occupant des lits pendant plus d'un an, mais moins de 2 ans

ADMISSIONS

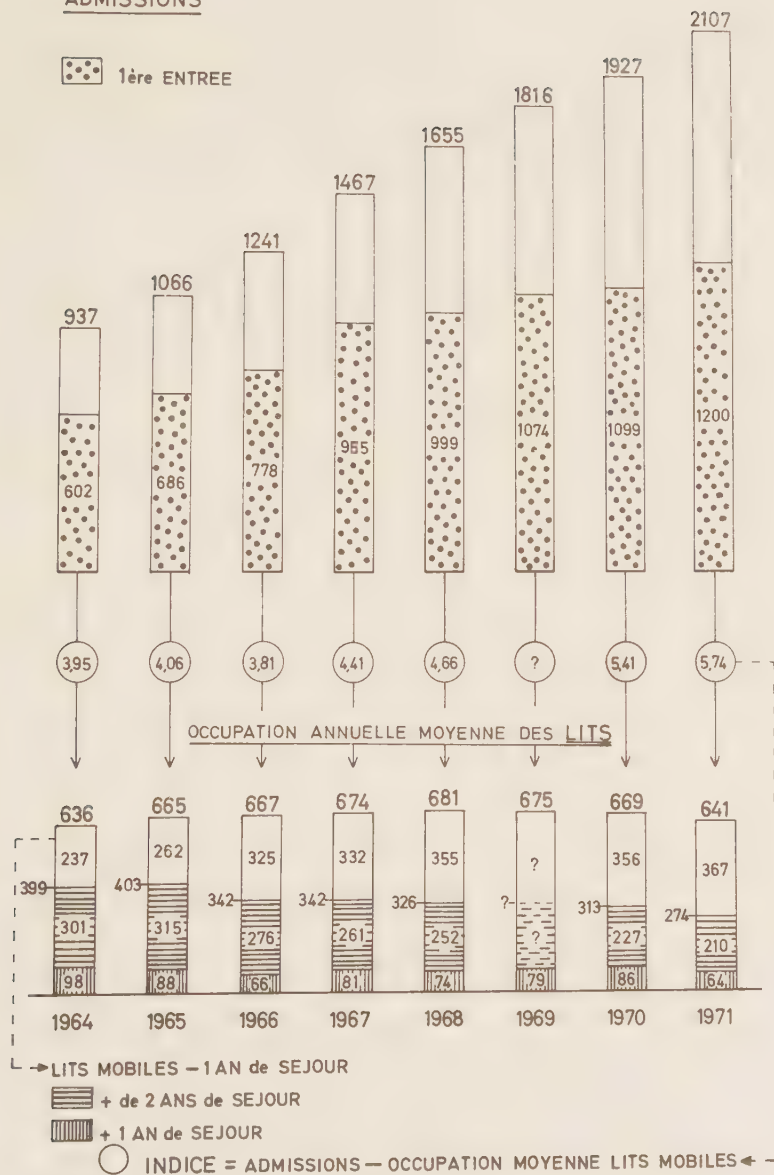


Fig. 4

De ces résultats nous retenons que le total des lits à grande mobilité (occupés pendant moins de 6 mois) et à faible mobilité (occupés de 6 à 12 mois) a été porté de 412 en 1970 à 449 en 1971, ce qui représente un gain de 9 %. Le nombre des admissions ayant passé de 1927 en 1970 à 2107 en 1971, soit une augmentation de 11 %, il ressort de ces deux comparaisons mises en parallèle que la durée moyenne des séjours des malades admis en 1971 a encore été raccourcie.

A l'intérieur du grand sédiment qui continue de se résorber progressivement le poids des démences s'accroît, celui des oligophrènes reste stable, celui des schizophrènes et des alcooliques diminue.

Composition des grands sédiments (voir fig. 5)

	<u>1970</u>		<u>1971</u>	
Démences	65	29 %	66	33 %
Oligophrénies	57	25 %	54	26 %
Schizophrénies	48	21 %	39	19 %
Alcoolisme	17	7 %	9	4 %
Psychopathes	8		6	
Tr. autres aff. organiques	7		9	
Psychoses maniaco- dépressives	7		6	
Délires chroniques	6	18 %	5	18 %
Névroses	4		5	
Epilepsie	3		4	
Tr. comport. sexuel	2		1	
Tr. Syphilis	2		1	
Autres cas	1		2	
Total	227		210	

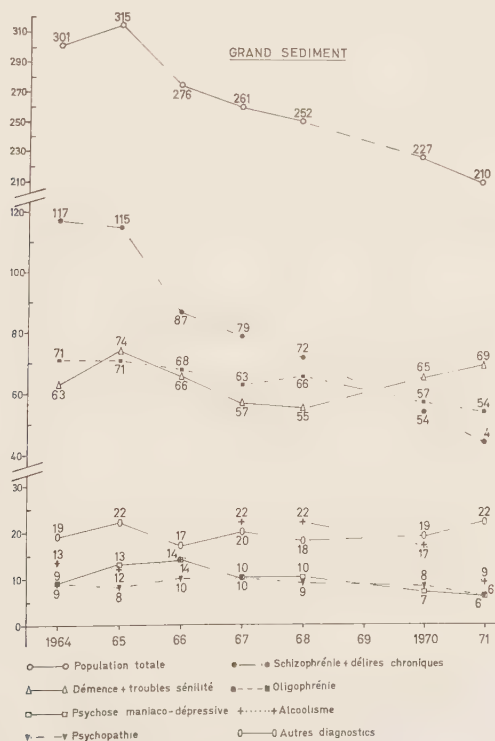


Fig. 5

Ces variations étaient prévisibles et ne nous étonnent donc pas. A noter qu'en 1971 63 sorties (dont 23 décès) concernaient des malades admis en 1968 ou antérieurement et sont venues par conséquent diminuer le grand sédiment 1970, mais pour 8 malades sur 40 la sortie a été suivie d'une nouvelle hospitalisation, ce qui correspond pratiquement à une resédimentation.

Quant aux modifications survenues dans le petit sédiment, elles nous ont surpris par une rapidité qui témoigne autant du dynamisme de l'équipe soignante de l'hôpital que des progrès réalisés dans la prise en charge extrahospitalière.

Composition des petits sédiments 1969 et 1970 (voir fig. 6)

	<u>1969</u>		<u>1970</u>	
Démences	50	58 %	41	64 %
Schizophrénies	9	10 %	4	6 %
Tr. autres aff. organiques	5		1	
Oligophrénies	4		4	
Névroses	4		2	
Alcoolisme	4		3	
Epilepsie	3		0	
Maniaco-dépressifs	2		2	
Délires chroniques	2		1	
Autres états psychotiques	1		3	
Tr. de la Syphilis	1		0	
Psychopathie	1		2	
	(autre cas)			
	86		64	

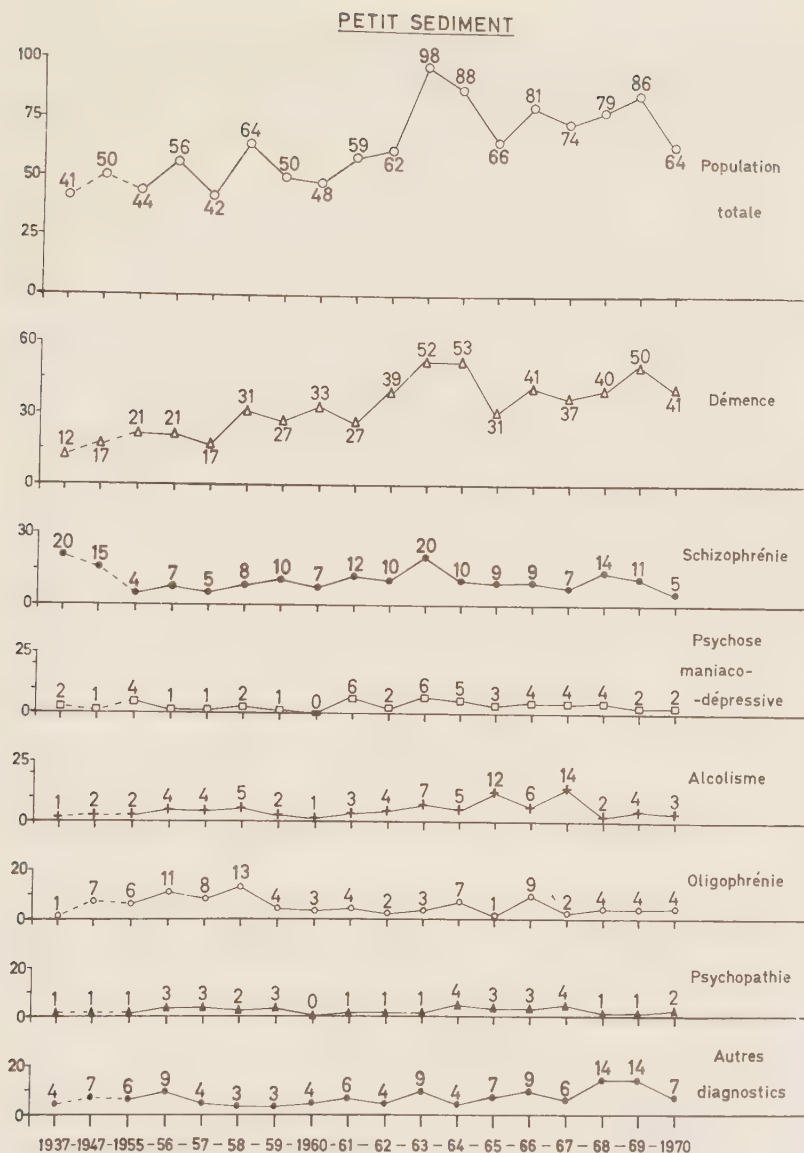


Fig. 6

Par rapport aux admissions 1969, le petit sédiment 1969 représente 4,73 %. Par rapport aux admissions 1970, le petit sédiment ne représente plus que 3,32 %. Il s'agit du taux le plus bas que nous connaissions depuis son étude systématique, c'est-à-dire depuis 1955. Cette année-là il représentait le 9,42 % des entrées, passa par une pointe de 11,34 % en 1958, mais depuis 1966 (6,52 %) n'a cessé de décroître. A l'intérieur de ce petit sédiment ce sont les démences qui continuent de prévaloir, mais dont le taux a cependant été dépassé en 1960 avec 69 %.

En 1970 les schizophrénies sont en régression par rapport à toutes les autres années étudiées avec une exception pour 1955 où elles ne représentaient que 2 % du petit sédiment. Si l'on ajoute pour cette année les délires chroniques, on arrive à 9 %; en procédant de même pour 1970, on est en dessous de ce pourcentage avec un peu moins de 8 %.

Si l'on peut admettre que l'orientation générale de la politique hospitalière dans le canton de Genève a permis de couvrir les besoins de la population pour la psychiatrie adulte sans augmenter le nombre de lits, il faut reconnaître qu'elle n'a pas réussi à faire face dans les mêmes conditions à l'augmentation des besoins d'hospitalisation de la population de 65 ans et plus. Malgré le développement des activités psycho-gériatriques extrahospitalières avec l'ouverture dès 1966 d'un centre d'information et de coordination pour personnes âgées (CICPA), et en dépit de l'augmentation importante des sorties de l'hôpital psychiatrique, le nombre de lits occupés à Bel-Air par des personnes âgées a doublé. En proportion du nombre total de lits, il a passé de 27 % en 1960 à 43 % en 1970 (154 contre 305) et cela malgré la création de 300 lits de pensions surveillées médicalement par le CICPA, mais il est à relever que pendant cette période le taux d'hospitalisation à Bel-Air de la population âgée de 65 ans et plus a passé de 6 % à 15 %.

Cette évolution prévue par la commission chargée par le Conseil d'Etat de l'étude des problèmes relatifs à la vieillesse, devait finalement faire adopter comme solution la création d'un hôpital gériatrique en activité depuis 1971, mais qui n'a encore contribué que fort partiellement à endiguer le flot d'admissions en train de submerger l'activité hospitalière psychiatrique. Cette nouvelle institution n'était pas destinée à résoudre seule le problème posé par les personnes âgées gravement handicapées sur le plan psychique pour lesquelles était envisagée la construction de nouveaux établissements dans ces prochaines années. Un tel projet semble pourtant devoir être différé dans la mesure où l'hôpital gériatrique qui compte 300 lits n'a jamais pu en occuper plus de 150 par manque de personnel.

Pour la clinique de Bel-Air se pose donc toujours de façon aiguë le problème du placement de ces malades âgés de 65 ans et plus dont l'état de santé ne justifie plus la prolongation d'un séjour en clinique universitaire, mais qui restent pourtant trop handicapés pour aller en pension. Conséquemment la petite réserve en lits qui a pu se constituer dans les divisions pour adultes de moins de 65 ans, commence de s'épuiser par l'infiltration de séniles.

Une autre difficulté apparaît aussi nettement. Le nombre de lits occupés à Bel-Air pendant l'année uniquement par des toxicopathes, en particulier des alcooliques, a augmenté rapidement : de 30 en 1960 il a passé à 80 en 1970. Ces patients qui pour la plupart font des séjours de 2 à 6 mois prennent donc une place de plus en plus importante au sein de la population des adultes, surtout des hommes, simultanément en soins. Cela signifie que la prise en charge des alcooliques doit être encore beaucoup développée. Plusieurs organismes d'assistance extrahospitalière médicale et sociale existent déjà qui font un travail important, mais dont l'action encore trop dispersée devrait être mieux coordonnée pour devenir plus efficace.

Pour les jeunes toxicopathes en principe non alcooliques un premier effort concret a été entrepris dès 1970 avec l'ouverture sous l'égide du Centre psycho-social universitaire d'un service de consultation ambulatoire avec en plus des activités ressortissant à un hôpital de jour. S'il est encore trop tôt pour préjuger du rendement d'un tel service, il est vraisemblable qu'il conviendra de mettre sur pied dans un avenir proche une unité hospitalière et extrahospitalière à l'intérieur du département universitaire de psychiatrie, mais qui travaillera en liaison étroite avec les dispositifs actuels.

Enfin à Genève le domaine de la psychiatrie infantile et de la déficience mentale ne relevant pas des institutions médico-scolaires existantes nécessite une refonte totale envisagée pour la prochaine décennie.

En résumé, l'évolution de la psychiatrie dans le canton de Genève aura été marquée au cours de ces dernières années par un effort remarquable au plan de l'assistance extrahospitalière. Le développement massif des prises en charge ambulatoire a permis à l'hôpital psychiatrique de faire face au flot toujours croissant des entrées en réduisant encore les durées de séjour des nouvelles entrées et en allégeant le sédiment, mais avec comme corollaire un taux de réadmissions plus élevé (voir fig. 7). Cela a permis d'éviter une augmentation et même depuis 1970 de réaliser une légère diminution du nombre de lits réservés à la population adulte de moins de 65 ans, mais dans laquelle on constate toutefois que les toxicopathes, en particulier les alcooliques, prennent davantage de place.

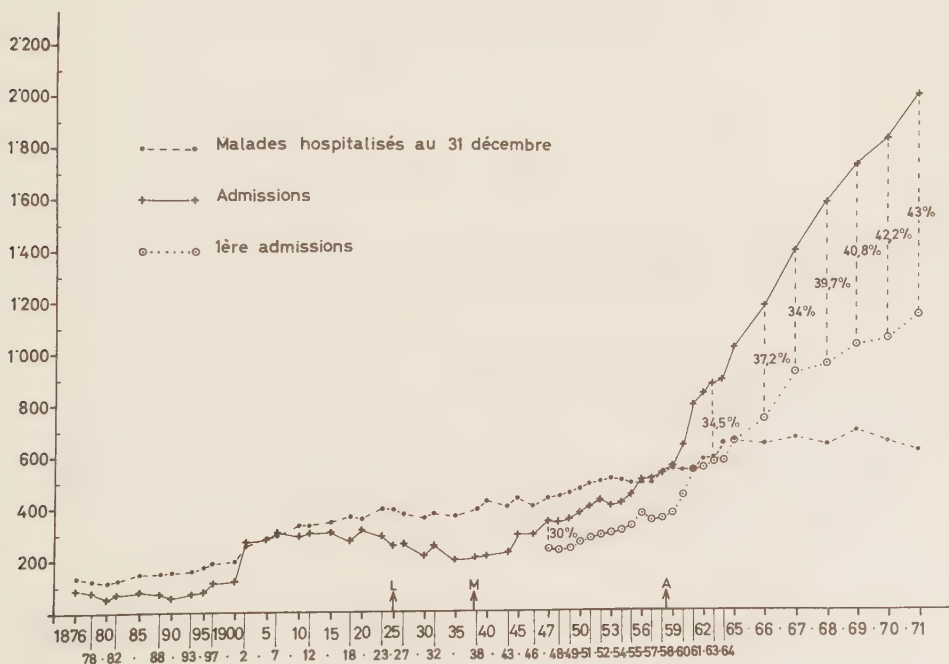


Fig. 7

En revanche la création de lits de pension surveillés médicalement et d'un hôpital gériatrique dont le taux d'occupation est resté insuffisant faute de personnel, n'a fait que ralentir le mouvement de gériatrisation progressive de la clinique psychiatrique. A Bel-Air le nombre de lits occupés par des malades âgés de 65 ans et plus a doublé pendant ces dix dernières années avec début d'empiétement sur les divisions réservées aux adultes de moins de 65 ans. Un certain équilibre peut encore être maintenu, mais qui paraît bien fragile.

La poursuite d'une politique psychiatrique dynamique qui implique des hospitalisations aussi courtes que possible et l'extension des prises en charge ambulatoire, exigera un effort thérapeutique intense. Il faudra continuer d'améliorer sans cesse le dispositif d'assistance extrahospitalière, augmenter les moyens thérapeutiques institutionnels (socio- et ergothérapie) destinés à faciliter la réinsertion socio-professionnelle des malades, enfin, ceci étant lié à cela, résoudre le problème actuellement crucial, et pas seulement au plan de la gériatrie, du recrutement d'un personnel soignant et administratif qu'il est nécessaire de trouver plus nombreux et toujours davantage qualifié.

Au moment où ce travail va paraître, il nous paraît intéressant d'y ajouter les données sur l'occupation des lits à la Clinique psychiatrique de Bel-Air, selon recensement au 31 décembre 1971, par catégories diagnostiques, qu'illustre la figure No. 8

Occupation d'une unité de 100 lits au 31 décembre 1971

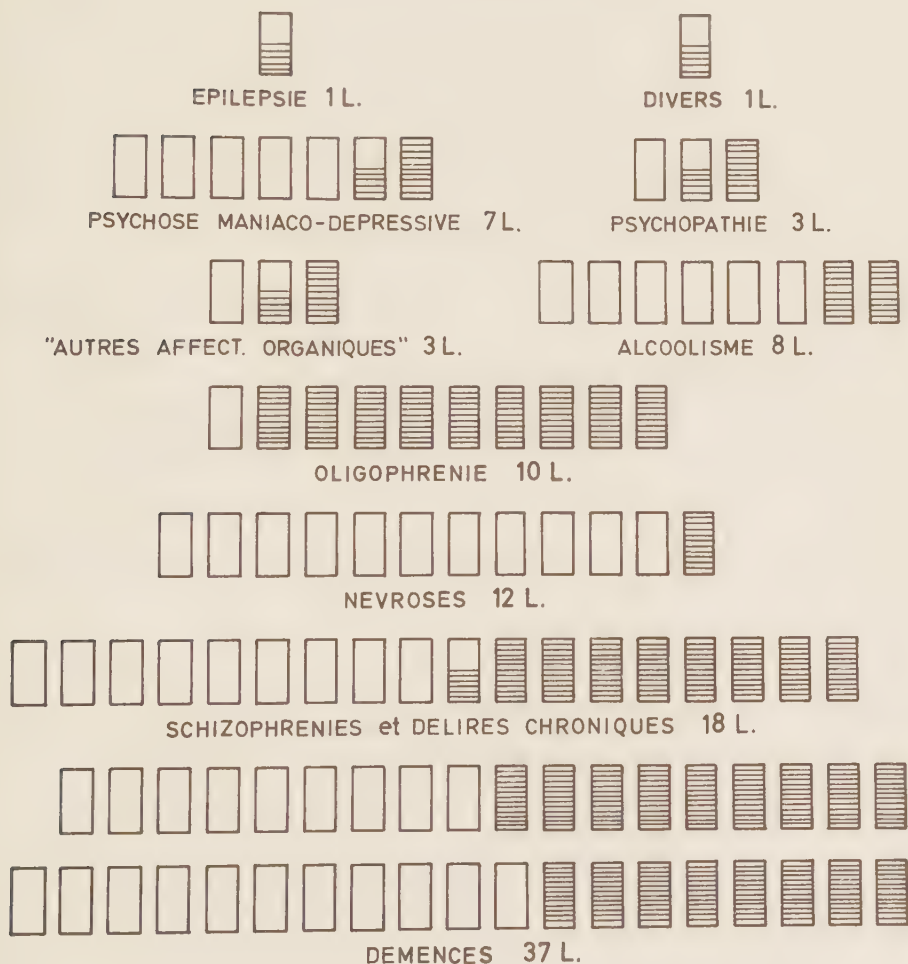


Fig. 8

CODE DIAGNOSTIC (*)

110 - 139	Psychose maniaque dépressive; Syndrome mélancolique, syndrome maniaque.
140 - 149	Etat confuso-onirique sans étiologie connue.
150 - 159	Bouffée délirante.
160 - 169	Schizophrénie. (sauf les délires chroniques)
170 - 189	Délires chroniques.
190 - 199	Autres états psychotiques.
210 - 219	Psychoses alcooliques et complications neuropsychiatriques de l'alcoolisme.
220 - 229	Troubles neuropsychiatriques de la syphilis.
230 - 239	Epilepsie.
240 - 243	Démences dégénératives présentes et séniles. Démences vasculaires.
244 - 259	Autres troubles de la sénilité.
260 - 279	Troubles mentaux symptomatiques d'une autre affection organique.
310 - 389	Névroses. (sauf états dépressifs)
360 - 369	Dépressions névrotiques. Dépressions réactionnelles.
390 - 399	Troubles de la fonction sexuelle sans signe d'atteinte somatique et en dehors des perversions sexuelles.
410 - 419	Affections psychosomatiques.
510 - 519	Personnalités psychopathiques.
520 - 529	Troubles du comportement sexuel.
530 - 539	Alcoolisme chronique.
540 - 549	Autres toxicomanies.
610 - 659	Oligophrénies.
710 - 739	Troubles fonctionnels du système nerveux non classables dans les autres catégories.

(*) Selon la classification statistique des troubles mentaux du Dr. R. SADOUN.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHTE, K.A. : Der Verlauf der Schizophrenien und der schizophreniformen Psychosen.
Acta psychiat. Neur. Scand. 1961,
suppl. 155. 273 p. TP II p. 23.
2. ACHTE, K.A. APO, M. : Schizophrenic patients in 1950-52 and 1957-59
Psychiat. Quart. 1967, 41 : 422-441.
3. AJURIAGUERRA, de, J. et coll. : Population psychiatrique et problèmes
d'assistance psychiatrique.
Méd. et Hyg. 1967, 25 : 889-914.
4. BRILL, H., PATTON, R. E. : Analysis of 1955-56 population fall in N. Y.
State Mental hospitals in first year of large scale use
of tranquillizing Drug.
Amer. J. of. Psychiatr. 1957 114 : 509 - 516.
5. BRILL, H., PATTON, R. E. : Clinical statistical analysis of population
changes in N. Y. State Mental Hospitals since intro-
duction of Psychotropic Drug. Amer. J. Psychiat.
1962, 119: 20-30.
6. * BRILL, H. : Evolution de la population des hôpitaux psychiatriques
américains. Confrontations psychiatriques 1969, 4 :
167-186.
7. BROWN, G.W., PARKES, C.M., WING, J.K. :
Admissions and readmissions to the London Mental
Hospitals.
8. CHRISTE, P. : Evolution de la psychiatrie hospitalière : la clinique
psychiatrique universitaire de Bâle de 1917 à 1956.
Arch. Suisses de Neurol. Neuro-chir. et Psych.,
1960, 85 : 213-264.
9. Le GUILLANT, L., BONNAFE, L., MIGNOT, H. :
Problèmes posés par la chronicité sur le plan des ins-
titutions psychiatriques.
Rapport présenté au congrès de psychiatrie et de
neurologie de langue française.
LXII, Marseille 1964, Masson + Cie édit.
10. JAEGGI, A. et F. : Enfants et adolescents arriérés dans le canton de
Genève.
La Psychiatrie de l'Enfant, 1965, fasc. II : 452-505.

11. RASMUSSEN, E. B. : Admissions and discharge of schizophrenic male patients 1950-1960. A Study from Sot. Hans Hospital.

Acta psychiat. Scand. 1966
suppl. 191, 216-231

- * Nous signalons que cet article de BRILL, H. comporte l'essentiel de la bibliographie pour les Etats-Unis jusqu'en 1969.

Enfin notre additif se réfère essentiellement à l'article de GARRONE, G., TISSOT, R., et MEYER, L. : Organisations psychiatriques hospitalières et extra-hospitalières du canton de Genève, in "Santé publique", tirage à part de la Feuille d'avis officielle du 1er décembre 1971, 11-13, ainsi qu'aux études poursuivies à Bel-Air jusqu'en 1971 par CHRISTIN, M., secrétaire de direction, que nous remercions tout particulièrement pour sa collaboration précieuse à l'ensemble de notre travail.

